

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

**CLASIFICACIÓN EN 10 GRUPOS CLÍNICOS PARA EL
ESTUDIO DE LA FRECUENCIA Y CAUSAS DE OPERACIÓN
CESÁREA EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS EN EL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO
ENERO – JUNIO DEL 2007**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL

Cristian Paúl Matute G.

Patricio Hernán Moyolema Ch.

AUTORES

Dr. Oswaldo Cárdenas H.

DIRECTOR

Dra. Lorena Mosquera

ASESOR ESTADÍSTICO

Cuenca, Ecuador, 2007



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Resumen:

Objetivos: El objetivo de este estudio descriptivo, fue conocer la tasa de cesárea del Hospital Vicente Corral Moscoso, utilizando la clasificación en 10 grupos clínicos propuestos por Robson. Se identificó la tasa de cesárea en cada grupo, a la vez que se midió la contribución de cada grupo a la tasa global de cesárea, por último se identificó cuales fueron las causas de dichas intervenciones en cada grupo.

Materiales y métodos: Se recolectó información sobre una muestra aleatoria, de tamaño propositivo, consistente en 1000 pacientes obstétricas que acudieron por atención de parto a este hospital durante el periodo enero – junio del 2007, esta información fue recogida del Sistema Informático Perinatal y de la historia clínica de cada paciente. Estos datos fueron ingresados en una base y para su tabulación y análisis se utilizó los software Epi Info y Microsoft Excel.

Resultados: La tasa de cesárea encontrada fue del 27.2%. Los grupos más numerosos fueron el grupo 3 con el 42.1%, el grupo 1 con 35.6% y el grupo 5 con 12.1%. La tasa de cesárea



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

en el grupo 1 fue de 22.8%, en el grupo 3 fue de 5.9%; en el grupo 5 fue de 87.6%. Los grupos que más contribuyeron a la tasa global de cesárea fueron: el grupo 5 con 39%, el grupo 1 con 29.8%, y el grupo 3 con 9.2%. La indicación de cesárea más importante en el grupo 5 fue la cesárea anterior con 97%; en el grupo 1 fueron: la desproporción céfalo – pélvica con 59%, y el sufrimiento fetal agudo con 26%; en el grupo 3 fueron: la desproporción céfalo – pélvica con 40% y el sufrimiento fetal agudo con 32%.

Conclusiones: La serie estudiada muestra una tasa de cesárea del 27.2%, 12 puntos por encima de la recomendación de la OMS, los grupos que más contribuyeron a esta tasa fueron el grupo 5, donde la indicación principal fue la cesárea anterior y los grupos 1 y 3 donde las principales indicaciones fueron la desproporción céfalo pélvica y el sufrimiento fetal agudo.

Summary:

Objectives: The aim of this descriptive study was to determine the cesarean section rates in the Vicente Corral Moscoso



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Hospital, using a classification in ten clinical groups proposed by Robson. The cesarean section rates in each group and the contribution of each group to the cesarean section global rate was determined. Also we identified which were the causes of those interventions.

Methodology: We collected information about a random, propoitive-sized sample that consisted on 1000 patients, whose went for childbirth labour attention to this hospital; this information was collected from the Perinatal Registry System and from the clinical archives, using a formulary. This data was introduced in a database, and was tabulated and analyzed using the Epi Info and Microsoft Excel softwares.

Results: The cesarean section global rate was 27.2%. The most numerous groups were: the group 3 with 42.1%, the group 1 with 36.5% and the group 5 with 12.1%. In the group 1 the cesarean section rate was 22.8%, in the group 3 was 5.9%, and in the group 5 was 87.6%. The groups with the biggest contribution to the cesarean section global rate were the group 5 with 39%, the group 1 with 29.8% and the group 3 with 9.2%.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

The most frequent indication for cesarean section in the group 5 was the previous cesarean section with 97%, in the group 1 were the cephalic – pelvic disproportion with 59% and the acute fetal distress with 26%; in the group 3 the most frequent indication were the cephalic – pelvic disproportion with 40% and the acute fetal distress with 32%.

Conclusions: The studied sample shows a global cesarean section rate of 27.2%. 12 points higher than the recommendation of the WHO. The groups with the biggest contribution to this rate were: the group 5, where the most frequent indication was the previous cesarean section. And the groups 1 and 3 where the most frequent indications was the cephalic – pelvic disproportion and the acute fetal distress.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Índice:

Resumen	pág. 6
Capítulo I. Introducción	pág. 8
Capítulo II. Marco Teórico, Cesárea	pág. 9
Concepto	pág. 9
Historia	pág. 9
Panorama mundial	pág.11
La cesárea en Ecuador	pág.13
Utilidad de la clasificación en grupos clínicos	pág.14
Indicaciones de cesárea	pág.17
Cesárea vs. Parto vaginal, riesgos materno – fetales	pág.33
Capítulo III. Objetivos	pág.38
Capítulo IV. Diseño metodológico	pág.39
Capítulo V. Resultados	pág.45
Capítulo VI. Análisis y discusión	pág.56
Capítulo VII. Conclusiones y recomendaciones	pág.59
Referencias bibliográficas	pág.61
Anexos	pág.64



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Responsabilidad:

Los criterios expresados en el presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Cristian Paúl Matute G.

Patricio Hernán Moyolema Ch.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

DEDICATORIA:

Este trabajo que simboliza la consecución de una meta está dedicado a todas las personas que me enseñaron que en el trabajo duro y en la búsqueda de los sueños radica la felicidad, de manera muy especial a mi hijo Alejandro por ser mi motivo, a Marcela por la paciencia y el aliento diario, y a mis padres Manuel y María por su amor e incondicional apoyo en esta empresa.

Cristian Matute G.

Este trabajo, fruto de nuestro esfuerzo, lo dedico en primer lugar a Dios por permitirme llegar a cumplir esta etapa de mi vida. También a mis padres y especialmente a mi hermano Francisco a quien agradezco su apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.

Patricio Moyolema Ch.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Agradecimiento:

Los autores desean expresar su más sentido agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización del presente trabajo y de manera especial:

Al Dr. Oswaldo Cárdenas por su acertada dirección científica en la realización de este trabajo.

A la Dra. Lorena Mosquera por la acertada asesoría técnica y metodológica brindada.

Al H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

A la Comisión de Asesoría de Tesis.

Al personal médico y paramédico del Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Al personal del Área de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

A la Facultad de Ciencias Médicas, por la formación recibida.

A nuestras familias y amigos por la paciencia y el apoyo.

Gracias.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Capítulo I: Introducción

La tasa de operación cesárea es uno de los indicadores diseñados para la evaluación cualitativa de la atención perinatal de un servicio. La recomendación de La Organización Mundial de la Salud es que debe ser igual o menor al 15%, ⁽¹⁾ ⁽²⁾ los países nórdicos mantienen el standard con cifras del 10 – 12% como es el caso de Suecia, en tanto que en Latinoamérica se observan tasas mas altas que van desde el 23% en Argentina y Uruguay hasta el 40% en Chile, ⁽³⁾ en el Ecuador se observa una tasa del 28%. ⁽⁴⁾ Y continúan en aumento, sobretudo en la práctica privada y en los grupos con mayor poder adquisitivo. ⁽⁵⁾ Estas operaciones “prevenibles” a más de consumir elevados costos en recursos exponen a las madres y a sus hijos a riesgos innecesarios, ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾ pues a pesar de la modernización de las técnicas anestésicas y operatorias la morbilidad materna y neonatal asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Varios estudios han demostrado que una cesárea cuesta entre dos y tres veces más que un parto vaginal, sin contar con la



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

atención de las complicaciones de la primera. Un estudio publicado en noviembre de 1999 en el British Medical Journal estimó que si se usa como medida la cifra de 15 %, cada año en los países de América Latina y el Caribe son realizadas más de 850 mil cesáreas innecesarias con su repercusión materno fetal. Si se toma como base un cálculo conservador de que una cesárea cuesta 500 dólares más comparada con un parto vaginal, los países de la región están derrochando 425 millones de dólares anualmente. ⁽³⁾

La carencia de metodologías estandarizadas para la estudio de las tasas de cesárea dificulta la comparación y seguimiento de este indicador entre los diferentes estudios. El considerar por separado las distintas características de la población en estudio, no logra explicar la mayoría de las diferencias. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

Los estudios realizados en nuestro medio analizan las tendencias de este procedimiento de acuerdo a características aisladas de las pacientes obstétricas y se conforman con establecer si la tasa es alta o no, en lugar de preocuparse si es apropiada o no, por lo que proponemos que las tendencias de



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

este procedimiento sean estudiadas separando los casos en grupos clínicos, reconociendo que en cada paciente existe una combinación de características clínicas tal y como se presentan en la práctica cotidiana de la obstetricia. Esto permitiría comparar de manera retrospectiva y prospectiva los resultados de las conductas en distintas poblaciones como ya se ha demostrado en otros estudios realizados con esta metodología.

(2)(13)(14)

Para esto hemos tomado una muestra de pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral en el periodo de estudio. Utilizando la clasificación de Robson estudiamos la tasa en cada grupo y su contribución a la tasa global de cesárea, para luego estudiar las indicaciones o causas que provocaron la realización de estas intervenciones en cada grupo.

La tasa de cesárea en la serie estudiada es del 27.2%, el grupo que mas contribuye a esta cifra es el grupo 5 (pacientes con antecedente de cesárea, con producto a término, en cefálica) con 39%, seguido del grupo 1 (pacientes nulíparas, con producto único, en cefálica, a término, con trabajo de parto



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

espontaneo) con 29.8%, y en tercer lugar el grupo 3 (multíparas, producto único, en cefálica, a término, con labor espontanea) con 9.2% . Las causas de cesárea más importantes en estos grupos fueron: en el grupo 5 la cesárea anterior con 97%,y en el grupo 1 y 3 la desproporción céfalo – pélvica con 59% y 40% respectivamente.





Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Capítulo II: Marco teórico

CESÁREA

CONCEPTO

Es la extracción de un feto con peso de 500g. o más, a través de incisiones realizadas en la pared abdominal (laparotomía) y en el útero (histerotomía).⁽¹⁵⁾

HISTORIA¹⁽¹⁶⁾

La historia de la cesárea puede dividirse en una parte anecdótica y mitológica y otra científica:

La primera se emparenta con los tiempos lejanos donde el nacimiento por cesárea era algo misterioso y sobrenatural. Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio.

¹ Tomado de: Lugones, M. La cesárea en la historia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, La Habana, Cuba, 2001; 27 (1). Disponible en www.scielo.org



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Una palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar, podría ser una de las 3 razones del origen de la denominación. Las otras 2 son: la ley regia de Numa Pompilius (siglo viii AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los cesáres); y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los cesáres nació por vía abdominal.

El Islam se oponía a este tipo de procedimiento y señalaba que cualquier niño nacido por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado. La iglesia cristiana estaba a favor de la operación, preocupada en la salvación de vidas y almas. El Mischnagoth, publicado en 140 AC y el Talmud, hacen referencias a nacimientos por cesáreas. Precisamente es en el Talmud donde se relata el nacimiento de Indra y se detalla cómo se negó a nacer por vía natural. Ejemplos afines los encontramos en el caso de Buda, del cual se afirma, que



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

nació del costado de su madre, o el caso de Brahma, de quien se dice que emergió a través del ombligo materno.

La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea, alrededor del 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea.

Hay un tercer período en la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar. Autores como Porro, Müller, Taylor, Bichot, Sanger, Kredé y otros, hacen innovaciones en ese sentido, en 1926 Kehr crea su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en nuestros días. Desde entonces a la actualidad aparecen la preparación preoperatoria, los cuidados postoperatorios, los avances técnicos, farmacológicos y anestésicos y ahora la medicina de



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

evidencias que han participado enormemente en el perfeccionamiento actual de esta operación.

PANORAMA MUNDIAL

La operación cesárea es la operación más realizada en cualquier hospital del mundo, y sus tasas siguen incrementándose, sobre todo en el hemisferio occidental y en América Latina en particular, mientras en países tomados como referencia como es el caso de Suecia la proporción de cesáreas fue de 11% en 1990 y en Francia de 15.9% en 1995, en México la proporción de embarazos resueltos por cesárea fue 35% en 1996. En América del sur las cifras reportadas varían de 23 % en Argentina, Cuba y Uruguay a 36 % en Brasil y 40 % en Chile. ⁽⁶⁾ En EEUU en los años 60's solo el 4% de partos obedecían a cesáreas, para 1991 la tasa había alcanzado el 25% lo que originó que el United Health Service estableciera como objetivo reducir esta tasa al 15% antes del 2000, lo que llevo a estados como la Florida a emitir legislaturas que incluían la utilización de guías prácticas para los médicos obstetras, en respuesta se observo un descenso



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

hasta el 20%, pero con una tendencia de nuevo al alza por lo que el objetivo propuesto no se alcanzó. Por esto el American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Cesarean Delivery Rates (2000) propuso 2 objetivos para el 2010 en EEUU: ⁽¹⁷⁾

1. Una tasa de cesáreas del 15,5% en nulíparas de 37 semanas o más con embarazos únicos con presentación cefálica.
2. Una tasa de parto vaginal post cesárea del 37% en mujeres con embarazos únicos con presentación cefálica y una cesárea segmentaria previa.

En estas recomendaciones se denota la utilización de una clasificación en grupos obstétricos que combinen varias características clínicas para el manejo de estas pacientes.

Las razones para este exagerado aumento de las tasas de cesárea, no solo en EEUU sino en todo el hemisferio, tiene según diversos autores, diversas razones que van desde las médico-biológicas hasta las socio culturales y hasta legales; entre las primeras se acepta que hay una disminución en la



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

paridad, lo que provoca que casi la mitad de las mujeres embarazadas sean nulíparas, lo que provocaría un mayor número de cesáreas por afecciones que son más frecuentes en este grupo de pacientes. Por otro lado están teniendo hijos mujeres mayores, la tasa de partos aumentó en 100% en nulíparas de 30 - 39 años y 50% en mujeres de más de 45 años con el consiguiente aumento de cesáreas.⁽¹⁷⁾ Otro factor importante señalado es que desde los años 70 se introdujo el monitoreo fetal electrónico, cuya utilización en comparación con el monitoreo clínico intermitente, según algunos autores, solo aumenta la tasa de cesárea, sin que se haya demostrado una mejoría en el resultado perinatal.⁽¹⁸⁾ Otras causas como que el 90% de presentaciones pelvianas son resueltas con cesárea y la disminución de los partos instrumentales y medio pelvianos, también ha colaborado.

Entre las segundas, por ejemplo, la preocupación por litigios por mala praxis médica, las que reclaman en mayor medida según la Physicians Insurance Association of America (1992) el no haber realizado una cesárea oportuna para evitar una



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

lesión neurológica perinatal,⁽¹⁷⁾ lo que es preocupante ya que no se ha demostrado beneficio del parto quirúrgico en el resultado perinatal.⁽¹⁹⁾ Asimismo la tasa de cesáreas es el doble en mujeres de estratos económicos medios y el triple en mujeres de estratos altos en comparación con mujeres de estratos bajos, y es mayor en los hospitales y centros privados que en los públicos y universitarios. Lo más preocupante es que las variaciones más importantes en estos grupos se dan en mujeres nulíparas, con fetos a término, con presentación cefálica y sin complicaciones (ACOG 2000), lo que no se explica científicamente ceñido a las indicaciones de cesárea.⁽³⁾

LA CESÁREA EN ECUADOR

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004) la tasa general de partos por cesárea en el Ecuador en el período 1999-2004 fue del 26 %, lo cual refleja un incremento de 9 puntos porcentuales comparada con el 17% encontrado en el período 1989-1994. Una porción de este aumento puede explicarse por el aumento en estos últimos 10 años de la atención del parto institucional del 64% al 75%. Sin



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

embargo se observa un mayor aumento en mujeres con mejor instrucción y en los quintiles poblacionales con mayor poder adquisitivo en donde la tasa de atención institucional no ha variado.

En un estudio realizado en el 2003 en el Hospital Vicente Corral Moscoso el resultado fue una tasa de cesárea del 19%. La principal causa de cesárea fue la cesárea previa con un 37,5%.⁽²⁰⁾

UTILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES EN GRUPOS CLÍNICOS

Varios investigadores han documentado la posibilidad de mejorar las tasas de cesáreas institucionales sin desmejorar los resultados perinatales. Basados en programas educativos,⁽²¹⁾ elaboración de guías y protocolos (ACOG 2001), segunda opinión obstétrica obligatoria,⁽²²⁾ entre otras iniciativas, con la finalidad de aumentar sobre todo la realización de partos vaginales postcesárea transversal y destinar la cesárea solo para aquellas pacientes que cumplan con los criterios definidos de distocias del trabajo de parto.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Un aporte a estas iniciativas fue el trabajo de Robson y colaboradores, ⁽¹³⁾ realizado en el Hospital Wycombe, en Pembury, Reino Unido, publicado en 1996, que consistió en 2 fases: la primera un estudio retrospectivo cuyo objetivo fue identificar el grupo de pacientes obstétricas que más contribuyó a la tasa global de cesárea en dicho centro utilizando una clasificación en 10 grupos clínicos mutuamente excluyentes, para luego identificar las indicaciones principales para dichas cirugías, y la segunda fase, un estudio prospectivo en el cual se desarrollaban e introducían estrategias para el manejo de estas indicaciones. La clasificación utilizada fue la siguiente:

Grupos clínicos mutuamente excluyentes de acuerdo a la clasificación de Robson

Grupo 1: Nulíparas, producto único, en cefálica, a término, con trabajo de parto espontáneo

Grupo 2: Nulíparas, producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto inducido o cesárea antes de



trabajo de parto

Grupo 3: Multíparas, producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo, sin antecedente de cesárea.

Grupo 4: Multíparas, producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto inducido o cesárea antes de trabajo de parto, sin antecedente de cesárea.

Grupo 5: Cesárea(s) previa(s), producto único, en cefálica, a término.

Grupo 6: Nulíparas, en pelviana.

Grupo 7: Multíparas, en pelviana, incluye pacientes con antecedente de cesárea.

Grupo 8: Embarazos múltiples, incluye pacientes con antecedente de cesárea.

Grupo 9: Presentaciones distócicas, incluye pacientes



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

con antecedente de cesárea.

Grupo 10: Únicos, presentación cefálica, de pretérmino

Tomado de: Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. American Journal of Obstetricians and Gynecologist. 1996; 174: 199-205

Un total de 21125 partos se estudiaron, luego de las modificaciones en el manejo la tasa global de cesárea disminuyó del 12% al 9.5% ($p < 0.0001$). En la población estudiada, las mujeres nulíparas con producto único, en cefálica, a término, con inicio de trabajo de parto espontáneo (grupo 1) contribuyeron de manera significativa con el 19.7% de todas las cesáreas. La indicación más frecuente para la realización de cesárea en este grupo fue la desproporción céfalo-pélvica. La aplicación de principios de diagnóstico y tratamiento temprano de esta distocia resultó en una disminución de la tasa de cesáreas en este grupo asociadas a esta causa (del 7.5% al 2.5%, $p < 0.0001$). Este hecho fue el



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

responsable de la mayor parte de la disminución de la tasa global de cesáreas.

Este estudio tuvo tal trascendencia que el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists utilizó esta metodología en un estudio a gran escala que incluyó 152.413 partos ocurridos en el periodo mayo – julio del 2000 en todo el Reino Unido.⁽²⁾ Los grupos más numerosos fueron: el grupo 3 con el 31.7%, seguido del grupo 1 con el 25%, los grupo 2 y 4 con 11.1% y el grupo 5 con 8%. La tasa de cesárea en el grupo 3 fue del 3.4%, en el grupo 1 fue del 11.8% y en el grupo 5 fue de 63.5%. Los grupos que más contribuyeron a la tasa global de cesárea fueron: el grupo 5 con el 23.1%, el grupo 2 con el 17.8%, el grupo 1 con el 13.4%, el grupo 3 aparece en octavo puesto con 4.9%. Lamentablemente en este estudio no se estudiaron las causas de cesárea en cada grupo.

Estudios con similar metodología se han realizado en Chile (país con una tasa de cesárea del 40%), con buenos resultados. Vera y Cols. en 2004 publicaron un estudio observacional descriptivo sobre 3353 partos ocurridos en la



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

maternidad del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica entre el 2000 y el 2001. Se compararon los resultados perinatales de los dos años consecutivos durante los cuales la tasa de cesárea aumentó de 23,9% a 30%. Las pacientes con cicatriz de cesárea (grupo 5) constituyeron el grupo de mayor contribución a la tasa de cesárea; sin embargo, las nulíparas con gestación de término, única, en presentación cefálica y trabajo de parto espontáneo (grupo 1), representaron el grupo con mayor aumento en la tasa de cesárea (del 6.9% al 17.7% $p < 0.001$). El análisis causal de indicación de cesárea en este grupo apunta a un incremento significativo en el diagnóstico de prueba de parto fracasada y desproporción céfalo pelviana, lo que no se asocia a diferencias en el peso de nacimiento de este grupo en los años evaluados. Este hallazgo obligó a la revisión de las condiciones y tiempos empleados en el diagnóstico de la prueba de trabajo de parto fracasada de una paciente primigesta.⁽²³⁾

Salinas y Cols. en el 2003, en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, llevaron a cabo un estudio e



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

intervención con esta metodología obteniendo como resultado reducir el porcentaje global de cesáreas de 44,9% a 37,1%, en nulíparas de 39,0% a 29,5% y en multíparas de 48,1% a 42,2%, diferencias estadísticamente significativas. La mayor reducción correspondió a multíparas, con embarazo simple y feto en presentación cefálica, con embarazo de término, sin cicatriz de cesárea previa (grupo 3), en las cuales la disminución fue de 16,9% a 10,6%. El índice de cesáreas en nulíparas en trabajo de parto espontáneo con embarazo simple, de término y en cefálica (grupo 1) se redujo desde 22,7% a 16,4%. La significativa reducción en este grupo sugiere que algunos cambios del manejo obstétrico que fueron introducidos, como los plazos de las pruebas de trabajo de parto, el uso de oxitócicos, el momento para la anestesia de conducción y otros, fueron importantes. ⁽²⁴⁾

INDICACIONES DE CESAREA

Las principales indicaciones y causas de cesárea que se señalan en la bibliografía médica son las siguientes. ⁽¹⁵⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Indicaciones maternas:

- Cesárea anterior o iterativa.
- Hemorragias profusas:
 - Placenta previa.
 - Desprendimiento normo – placentario.
- Distocias dinámicas:
 - Hiperdinamia o hipodinamia irreductibles al tratamiento.
- Distocias de dilatación cervical.
- Estrechez pélvica.
- Distocias del canal blando:
 - Tumores pélvicos previos.
 - Alteraciones cervicales como fibrosis, hipoplasias, estenosis, adherencias.
 - Alteraciones vaginales como tabiques, quistes, estenosis.
 - Alteraciones vulvares como tumores, cicatrices, traumatismos.
 - Procesos vulvo – vaginales hemorragíparos.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Cirugías anteriores como correcciones de fístulas, rectoceles, cistoceles, etc.
- Cicatrices uterinas por miomectomías, histerotomías.
- Amenaza de ruptura uterina o ruptura espontánea o traumática.
- Corioamnionitis e imposibilidad de parto.
- Padecimientos generales:
 - Síndrome de preeclampsia – eclampsia.
 - Cardiopatías.
 - Nefropatías.
 - Cáncer de cuello uterino.
 - Tuberculosis avanzada.
 - Meningitis.
 - Desprendimiento de retina.
- Circunstancias especiales:
 - Heridas abdominales.
 - Miembros inferiores fracturados o en tratamiento.
 - Carcinomas de tejidos vecinos al canal de parto.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Indicaciones fetales:

Preparto:

- Profilaxis de morbilidad y/o muerte fetal:
 - Embarazo prolongado.
 - Isoinmunización del sistema Rh.
 - Diabetes.
 - Canal de parto contaminado: herpes, condilomatosis.
- Productos valiosos:
 - Primigesta tardía o esterilidad de larga data.
 - Muerte fetal o aborto habitual.

Intraparto:

- Sufrimiento fetal agudo o crónico.
- Procidencia de cordón.
- Desproporciones fetales accidentales:
 - Presentación pélvica.
 - Posición occipito - posterior persistente.
 - Situación transversa.
 - Embarazo gemelar complicado
 - Presentación de cara.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Presentación de frente.

➤ Malformaciones fetales:

- Macrosomías.
- Hidrocefalia, tumores abdominales o cervicales.
- Siameses

➤ Forceps fallido

➤ Indicaciones mixtas o complejas

En estudios realizados en medios hospitalarios parecidos al nuestro, como el realizado en el Hospital de Nuevo Laredo, México, en 2004, se señala como principal causa de cesárea a la cesárea previa con un 35.3%, seguida de la desproporción céfalo-pélvica con un 20.5% y el sufrimiento fetal agudo con 9.3%. ⁽²⁵⁾ En cambio, otro estudio realizado en el Hospital de Manizales, Colombia, señala como principal causa de cesárea a la desproporción céfalo-pélvica con un 16.3%, seguida del sufrimiento fetal agudo con un 13.1%, trastornos hipertensivos un 11.5%, trabajo de parto detenido 10.9%, posiciones y presentaciones anormales del feto 10.1%, cesárea previa 9.3%, estrechez pélvica 6.5%, ruptura prematura de



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

membranas 6.4%, inducción fallida 4.6% y hemorragias del tercer trimestre 3.7% (León 1997). Lisa (2002) en el Hospital General de México DF. señala la cesárea previa como tercera causa con un 12.3%.

En nuestro medio, un estudio realizado en el año 2003 en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso y en el Hospital del Seguro Social José Carrasco Arteaga, señala como principal causa de cesárea a la cesárea previa con un 37,5% seguida de la desproporción céfalo-pélvica 19.2%, sufrimiento fetal agudo 14.9%, presentación pelviana 8.4%, fracaso en la inducción 6.4%, ruptura prematura de membranas y embarazo gemelar 4.7% y otras como preeclampsia, eclampsia, placenta previa, cardiopatías, miomatosis de menor frecuencia que entre todas suman el otro 8.9%. ⁽²⁰⁾

A continuación hacemos una breve revisión de las indicaciones y causas mas frecuentes. ⁽¹⁷⁾

Cesárea previa

Desde que en 1916, Cragin formuló su célebre frase “una cesárea, siempre cesárea” esta afirmación ha tomada como



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

una exageración. Un hito en este tema fue dado por Merryl y Gibbs (1978) quienes realizaron partos vaginales en forma segura en un 85% de mujeres con antecedente de cesárea anterior en la Universidad de Texas, lo que motivo un estudio mas amplio sobre esta posibilidad, sin embargo autores como Porter y Cols.(1998) señalaron el riesgo de la ruptura uterina y su consiguiente aumento de la morbilidad materno-neonatal como una amenaza poco común pero terrible para el parto vaginal post cesárea (VBAC por sus siglas en ingles), por lo que el Colegio Americano de Obstetricia en 1999 propuso algunas recomendaciones para seleccionar candidatas para VBAC: ⁽¹⁷⁾

- Una o dos cesáreas anteriores
- Pelvis adecuada por clínica
- Sin otras cicatrices uterinas o rupturas uterinas previas
- Médico disponible de forma inmediata a lo largo de todo el trabajo de parto, capaz de monitorear el trabajo de parto y realizar una cesárea de emergencia



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Disponibilidad de anestesia y personal para una cesárea de emergencia

Claro esto después de estudiar cuidadosamente cada caso, analizando sobre todo el tipo de incisión anterior y la causa que llevó a la cesárea, se contraindica el VBCA si se realizó una incisión clásica o en T, asimismo se acepta que la probabilidad de éxito es mejor cuando la indicación anterior fue por presentación pelviana (91%) o por SFA (84%) comparado si fue por distocia (77%). El mejor criterio para el éxito es un parto vaginal antes o después de la cesárea.

La edad de la madre: es otro factor a tomar en cuenta, a mayor edad mayor posibilidad de rotura, así también un intervalo intergenésico menor a 24 meses aumenta este riesgo. ⁽²⁶⁾

En nuestra región se han realizado estudios alentadores como el de Romero y Cols. en el Hospital de la ciudad de Resistencia, provincia de Chaco (Argentina) en el 2003 donde después de excluir a pacientes con indicación obstétrica



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

absoluta de cesárea ², se llevo a 479 pacientes con antecedentes de cesárea anterior a trabajo de parto obteniéndose 376 partos vaginales (78%). Fallaron la prueba de trabajo de parto 103 (22%) pacientes, culminando su gestación por cesárea, las causas de indicaciones de cesáreas fueron sufrimiento fetal agudo (64%), falta de descenso y progresión del trabajo de parto (15%), cérvix desfavorable (5%), inminencia de rotura uterina (3%), deterioro de la salud fetal (3%), dilatación estacionaria (3%) y jornada fallida de inducción (3%). Las complicaciones posparto vaginal fueron rotura uterina completa 2 (0,4%) y rotura uterina incompleta 3 (0,6%). No se registró mortalidad materno perinatal. ⁽²⁷⁾ Otro estudio realizado por la Facultad de Medicina de Botucatù (Brasil) reportó un éxito del 59.2%, sin evidenciarse cambios en la morbi - mortalidad materno fetal. ⁽²⁸⁾ Otro estudio realizado en el Hospital de la Gonave, Haití, obtuvo una tasa de éxito del 73% en pacientes sin contraindicaciones para VBCA, con un

² Se tomaron los siguientes factores como criterios de exclusión a prueba de trabajo de parto:

1) Presentación podálica, 2) Presentaciones distócicas, 3) Macrosomía fetal; 4) Malformaciones fetales, 5) Gestación múltiple, 6) Placentas oclusivas, 7) Distocia ósea materna, 8) Periodo intergénésico breve (menor de 6 meses), 9) Cicatriz uterina corporal.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

ahorro estimado de 187 dólares por cada cesárea iterativa evitada. ⁽²⁹⁾

Aunque estas cifras parecen alentadoras algunos autores señalan que deben ser interpretadas con cautela ya que no obedecen a estudios controlados, randomizados, por lo que no existiría aun evidencia suficiente sobre su real beneficio o peligro. ⁽³⁰⁾

La cesárea a repetición se asocia a un aumento en el riesgo de complicaciones como el sangrado, la necesidad de transfusiones sanguíneas, infección, daño a la vejiga o intestino y trombosis venosa profunda, como el numero de cesáreas aumenta para cada mujer, así mismo aumenta la dificultad de llevar a cabo la cirugía debido a las adhesiones y al riesgo de dañar la vejiga o intestino, también pueden desarrollarse dificultades para concebir un embarazo posterior o problemas en el sitio donde la placenta se inserta sobre la cicatriz uterina (placenta previa o acretismo placentario) que pueden causar problemas de sangrado después de la cirugía. ⁽³¹⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

La decisión de someterse a un parto vaginal planificado en lugar de una nueva cesárea planificada parece favorecida si la paciente tuvo algún parto vaginal anterior, y si recibe toda la información sobre sus riesgos y beneficios. ⁽³²⁾

En 1998 Ortiz y Cols. llevaron a cabo un estudio encontrando que el 40 % de las pacientes se muestra a favor de intentar el parto vaginal, y cuando se les ofreció explicaciones sobre las ventajas del parto vaginal, entonces el 75,65 % se inclinó por el parto transpelviano. ⁽³³⁾

Desproporción céfalo - pélvica y estrechez pélvica

Es una condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción céfalo pélvica ocurre en las siguientes circunstancias: ⁽¹⁷⁾

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa.

El diagnóstico de la desproporción céfalo pélvica, se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto, de ser esta infructuosa se indica la operación cesárea como la mejor alternativa para la terminación del embarazo. ⁽¹⁷⁾

Sufrimiento fetal agudo

Se define como un cuadro de hipoxia que afecta al feto durante el parto, caracterizado por el descenso del pH de la sangre fetal como consecuencia directa de la hipoxia (acidosis), que se acompaña habitualmente de hipercapnia e hipoglucemia. Es aceptado que los recién nacidos que muestran signos de sufrimiento durante el trabajo de parto tienen un riesgo mayor



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

de complicaciones después del nacimiento, por lo que se ha consolidado en la práctica obstétrica la resolución mediante parto acelerado, generalmente quirúrgico, aunque no existe evidencia de ensayos clínicos aleatorios. ⁽³⁴⁾

El tratamiento inicial del sufrimiento fetal agudo debe ser in útero, dependiendo de las causas que lo originaron, por lo que es fundamental la identificación temprana del factor etiológico.

La operación cesárea no es la primera opción terapéutica.

El manejo del sufrimiento fetal dependerá de la naturaleza de su origen:

a) Si el factor causal es reversible:

- Corregir adecuadamente la causa
- Reanimación fetal intraútero
- Una vez recuperado el feto, se puede continuar con el trabajo de parto bajo una estrecha vigilancia

b) Si el factor es irreversible:

- Reanimación fetal intraútero



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Resolución del embarazo por la vía más rápida y menos agresiva para el feto, una vez recuperadas las condiciones fetales

En el único estudio, realizado por Grant en 1959 con 350 mujeres para comparar los resultados materno fetales entre el parto vaginal y la cesárea en el sufrimiento fetal no hubo diferencias en la mortalidad perinatal (riesgo relativo 1,18; intervalo de confianza del 95%: 0,56 a 2,48) Es por esto que puede cuestionarse el valor de una política de parto quirúrgico inmediato para el sufrimiento fetal.⁽¹⁷⁾ En primer lugar, a menos que se cuente con la mejor tecnología, los métodos de diagnóstico del sufrimiento fetal están lejos de ser precisos. Es posible que el daño causado por intervenciones innecesarias en los casos falsamente diagnosticados pueda superar cualquier beneficio de la política. Aunque el "sufrimiento fetal" se diagnostique correctamente, es posible que el parto quirúrgico de un feto deprimido sea más nocivo que el tratamiento conservador, que da tiempo a que ocurra la recuperación in útero, en particular si pueden corregirse los



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

factores agravantes que pueden haber precipitado el compromiso fetal. ⁽³⁴⁾

Trastornos hipertensivos del embarazo

La hipertensión relacionada con la gestación ha sido reconocida como el factor de riesgo mas frecuente, presentándose en el 3.7% de los embarazos a termino en los EEUU y participando con el 18% de muertes maternas que ocurren en este país .⁽¹⁷⁾ En el 2000 el Nacional High Blood Pressure Working Group propuso una terminología común que comprende:

1. Hipertensión gestacional: presión arterial diastólica que alcanza 90 mmHg o superior por primera vez durante el embarazo, pero que no han desarrollado proteinuria.

2. Preeclampsia: es un síndrome específico del embarazo en donde existe hipoperfusión de los órganos a causa del vasoespasmo y activación endotelial, la proteinuria es un signo importante de preeclampsia, tanto así, que su ausencia hace cuestionable el diagnostico.. La preeclampsia se asocia a un aumento de 3 veces la tasa de mortalidad fetal, debido



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

posiblemente a grandes infartos placentarios, placentas demasiado pequeñas y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI).

3. Eclampsia: es la aparición de convulsiones en una mujer con preeclampsia y que no puedan ser atribuidas a otra causa, las mismas que suelen ser de tipo gran mal y pueden aparecer antes, durante o después del trabajo de parto, pudiendo presentarse hasta 10 días después del mismo.

4. Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica

5. Hipertensión crónica: produce morbilidad independientemente si la mujer este embarazada o no, pudiendo conducir a hipertrofia ventricular y descompensación cardíaca, eventos cerebro vasculares y daño renal intrínseco. El riesgo específico para la embarazadas es el riesgo de desarrollar una preeclampsia superpuesta, lo que sucede al 25 % de estas mujeres, el riesgo de DPPNI y de RCIU es mayor en estas pacientes.

El manejo básico de cualquier embarazo complicado con preeclampsia es:



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

1. Terminación del embarazo con el menor traumatismo para la madre y el feto

2. Nacimiento de un lactante que luego crece adecuadamente

3. Restablecimiento completo de la salud de la madre

Alcanzar estos objetivos requiere una evaluación metódica para separar aquellos casos en los que se puede realizar un seguimiento ambulatorio y esperar un fin de embarazo normal, de aquellos que requieran hospitalización para un seguimiento y manejo más agresivos.

Acerca de la terminación del embarazo, el parto es la curación de la preeclampsia, en los casos más leves la recomendación es dar el mayor tiempo posible para el desarrollo fetal intraútero, en los casos más graves está indicado la terminación inmediata del embarazo ya sea por inducción de trabajo de parto o por cesárea, la elección entre estas opciones está a juicio del médico, quien tendrá que evaluar las condiciones de la madre, del feto, del servicio de cuidados intensivos tanto maternos como neonatales y su propia



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

experiencia. Se acepta que el 65% de las mujeres con preeclampsia grave o eclampsia tendrán éxito en un parto vaginal con menor afectación neonatal, aun en los casos de neonatos de muy bajo peso al nacer y menor morbilidad puerperal en comparación con la cesárea. ⁽¹⁷⁾

Trabajo de parto detenido

El termino trabajo de parto detenido se usa para señalar un trabajo de parto ineficaz, caracterizado por la falta de dilatación cervical o una falta de descenso del feto. Sin embargo diversos autores señalan que en muchos casos su diagnostico se realiza sin la adecuada evidencia de una prueba de parto correctamente realizada, que lleva a cesáreas innecesarias en pacientes que aun no han entrado en la fase activa del parto o que sufren de contracciones ineficaces. ⁽¹⁷⁾

La prueba de parto se considera fallida en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

El manejo activo, planificado y controlado de la labor de parto tendría el potencial de disminuir el riesgo de cesárea en un 34% en nulíparas, disminuyendo el número de partos quirúrgicos en un 13% es decir 120.000 casos por año solo en EEUU, con un ahorro en recursos de 500 millones de dólares por año.⁽³⁵⁾

Presentación pélvica

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

La versión cefálica externa, ha sido recomendada como una opción en la atención de la presentación pélvica, sin embargo su utilización requiere de personal médico entrenado en esta técnica.⁽¹⁷⁾

Según las evidencias la cesárea planificada disminuye la morbimortalidad neonatal en comparación con el parto vaginal planificado en la presentación pelviana, a expensas de



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

aumentar la morbilidad materna sin embargo en el mismo estudio se demuestra la utilidad de retrasar la cesárea planificada para permitir una posible versión espontánea. Aunque se evalúa la eficacia de la versión externa no se recomienda si no se cuenta con el personal y las instalaciones adecuadas para su realización o el tratamiento de sus complicaciones.⁽³⁶⁾

Ortiz y Cols. en un estudio retrospectivo de parto vaginal versus cesárea ocurridos en pacientes con presentación pelviana en el Hospital Gineco obstétrico Docente Clodomira Acosta Ferrales (Habana, Cuba) analizan 120 partos y 368 cesáreas obteniendo como resultado que algunos factores considerados desfavorables para el parto transpelviano, en pacientes con presentación pelviana, no se relacionaron de modo significativo con la vía del nacimiento; y que la morbimortalidad perinatal resultó similar en los 2 grupos de pacientes, mientras que se observa un incremento alarmante de la morbilidad materna en el grupo de pacientes que fueron operadas.⁽³⁷⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Ruptura prematura de membranas

Es la salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazo mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas antes de inicio del trabajo de parto. ⁽¹⁷⁾

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer
- Entre 26 y 28 semanas de gestación: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención, si no es posible, la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal
- Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realizará operación cesárea
- Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable
- De la semana 37 en adelante: se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs, con una inductoconducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Inducción de trabajo de parto fallida

En EEUU aproximadamente el 34% de partos requieren inducción o conducción con oxitocina, las indicaciones más comunes para este procedimiento son la ruptura prematura de membranas sin comienzo espontáneo de trabajo de parto, hipertensión materna, estado fetal no satisfactorio, y el embarazo prolongado, es así mismo aceptado que la inducción se asocia aun riesgo mayor de corioamnionitis y de cesárea, los resultados de la inducción se ven favorecidos con el uso de maduradores cervicales como la prostaglandina E y el misoprostol y la amniotomía en estudios de débil calidad.

Según el American College of Obstetricians (1995) una inducción de parto fallida se define como la falta de progresión en el primer estadio del trabajo de parto con una fase latente completa, junto con un patrón de contracciones uterinas de más de 200 unidades Montevideo presente por más de 2 horas sin cambios cervicales. ⁽¹⁷⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Trastornos hemorrágicos del tercer trimestre

La hemorragia obstétrica es una de las causas más importantes de mortalidad materna, entre las causas más importantes de hemorragia se encuentran aquellas que aparecen clasificadas como hemorragias del tercer trimestre y que aparecen antes del parto, como son el desprendimiento de placenta normoinserta, la placenta previa y la vasa previa, la última de muy rara aparición. Estos embarazos tienen un riesgo muy elevado de desenlace desfavorable, con una tasa de pérdida fetal muy alta y con compromiso materno significativo, incluso en aquellos casos en los que el sangrado se detenga rápidamente.⁽¹⁷⁾

Desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI): también llamado abruptio placentae, es la separación de la placenta de un sitio de implantación normal (a cierta distancia del orificio vaginal interno) antes de que se produzca el parto fetal, la misma que puede ser total o parcial. El tratamiento varía según la edad gestacional y el estado de la madre y el feto, en presencia de feto vivo y maduro y cuando el sangrado



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

vaginal no es mayor la opción a elegir es la cesárea inmediata, en cambio, cuando hay sangrado masivo, una vigorosa reanimación con cristaloides y sangre y la inducción del parto pueden salvar la vida de la madre y del feto. En embarazos pretérminos se puede llevar un manejo con uteroinhibición y control constante en casos de desprendimientos parciales pequeños sin compromiso fetal, sin embargo el 50% de estos casos terminan en cesárea. Cuando el desprendimiento es grande y provoca la muerte del feto se prefiere el parto vaginal, a menos que haya un hemorragia tan grande que sea difícil de controlar con la reanimación con fluidos, o que existan otras complicaciones obstétricas que impidan el parto lo que conduce a una cesárea de urgencia, en la que la coagulopatía por consumo puede jugar un papel importante complicando el procedimiento. ⁽¹⁷⁾

Placenta previa: en esta, la placenta esta localizada sobre o muy cerca del orificio cervical interno. El hallazgo clínico más importante en la placenta previa es la hemorragia indolora. Se reconocen 4 grados de esta anormalidad:



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Placenta previa total: cuando el orificio cervical interno (OCI) esta completamente cubierto por la placenta.
- Placenta previa parcial: cuando esta cubre parcialmente el OCI.
- Placenta previa marginal: el borde de la placenta esta en el margen del OCI.
- Placenta de implantación baja: la placenta esta implantada en el segmento uterino inferior pero su borde no alcanza el margen del OCI.

El manejo de la placenta previa incluye la operación cesárea en todos los casos, teniendo en cuenta el riesgo de sangrado abundante debido a una incisión en el lecho placentario, a la débil contracción del segmento uterino o a la posible coexistencia de una placenta acreta, increta o percreta. ⁽¹⁷⁾

El cerclaje cervical puede reducir el riesgo de parto antes de las 34 semanas, riesgo relativo (RR) 0,45 (IC del 95% 0,23; 0,87), o el nacimiento de un recién nacido que pese menos de



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

dos kilogramos RR 0,34 (0,14; 0,83) o con una puntuación de Apgar baja a los cinco minutos RR 0,19 (0,04; 1,00). ⁽³⁸⁾

Vasa previa: en esta anormalidad los vasos fetales discurren a través de las membranas y se sitúan en el OCI, es una causa poco común de hemorragia pero está asociada a una elevada tasa de muerte fetal. De igual forma la cesárea es la elección para la terminación del embarazo con esta complicación.

Embarazo múltiple

El 3% de todos los embarazos corresponden a embarazos múltiples (ACOG 1998), y aunque su número es relativamente pequeño, muestran una proporción alta de resultados adversos del embarazo, que alcanza el 30% en embarazos dobles y 45% en triples o más,⁽³⁹⁾ sobre todo como consecuencia del parto pretérmino, además son susceptibles a una variedad única de complicaciones como malformaciones estructurales y el síndrome de transfusión feto-fetal, de igual manera las complicaciones maternas como la preeclampsia, la hemorragia postparto y la muerte materna se duplican en este grupo. El riesgo de embarazos múltiples está asociado a factores



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

etareos, raciales, hereditarios, tratamientos para la esterilidad y técnicas de reproducción asistida.

En el trabajo de parto de embarazos múltiples se hallan con mayor frecuencia complicaciones como el trabajo de parto pretérmino, disfunción uterina, presentaciones anómalas, procidencia de cordón, desprendimiento de placenta y hemorragia puerperal, por lo que para su atención son necesarios reparos como la presencia de un obstetra experimentado, un anestesiólogo, un pediatra experto en reanimación neonatal, ecógrafo, y los materiales y equipos necesarios para una reanimación materna con fluidos y sangre fresca y/o una cesárea de urgencia.

Se reconocen como situaciones en las que debe realizarse una cesárea sin trabajo de parto previo a las siguientes. ⁽⁴⁰⁾

- Gemelos unidos.
- Gemelos monoamnióticos.
- Gestación gemelar acardiaca.
- Anomalía congénita de un gemelo o ambos que aumenta la morbilidad de un parto vaginal.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Sospecha de gemelos entrelazados.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG 1998) concluye que en general el parto por cesárea es el método de elección cuando el primer feto no está en cefálica, sin embargo otros autores han reportado resultados halagadores para el parto vaginal de gemelos donde el primero estaba en pelviana sobretodo si los fetos pesaban más de 1500gr. ⁽⁴⁰⁾

En un estudio para comparar los resultados perinatales de las 2 conductas se obtuvo que los gemelos en donde el primer feto se hallaba en pelviana tuvieron una mejor puntuación de Apgar a los 5 minutos cuando fueron producto de una cesárea planificada versus aquellos de parto vaginal planificado (OR 0.47, intervalo de confianza 95% CI: 0.26, 0.88) (P=0.03). Pero a cambio los neonatos productos de cesárea tenían un periodo de hospitalización más largo (diferencia promedio de 4 días, 95% CI: 0.73, 7.28). No hubo diferencias significativas en términos de morbi -mortalidad perinatal o morbilidad materna⁽⁴¹⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

En lo que respecta a los embarazos triples o múltiples se acepta que el 95% deben terminar por cesárea debido a la extrema premadurez que suelen presentar y la multiplicidad de presentaciones que pueden demostrar ya que una presentación vértice vértice - vértice solo ocurre en el 15% de los casos. ⁽⁴⁰⁾

CESAREA VERSUS PARTO VAGINAL, RIESGOS MATERNOFETALES

No hay duda que la morbilidad materna aumenta dramáticamente con la cesárea, comparada con el parto vaginal, esta morbilidad aumenta de manera exponencial en mujeres obesas o añosas, estos factores además de asociarse a un mayor tiempo de hospitalización, y problemas psico - afectivos genera un incremento de 2 veces el costo de la cesárea en comparación con el parto vaginal.

COMPLICACIONES MATERNAS DE LA CESÁREA A CORTO Y LARGO PLAZO

Está demostrado que la morbilidad materna se duplica cuando se realiza una cesárea versus un parto vaginal. La cesárea se



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

considera un factor de riesgo muy elevado para que se produzca una morbilidad grave durante el período ($RR=2,5$); por lo que si se disminuye este tipo de modo de nacimiento se pueden disminuir en un 60 % los procesos morbosos puerperales graves.⁽⁴²⁾ Las principales complicaciones a corto y largo plazo incluyen: ⁽⁹⁾

1. Complicaciones anestésicas.
2. Complicaciones transoperatorias, ocurren en el 12 – 25% de cesáreas y su riesgo es mayor en cesáreas de urgencia (14.8%) que en electivas (6.8%):
 - Laceraciones uterinas o cervicouterinas 10.1% .
 - Hemorragia grave 9.2%.
 - Laceraciones vesicales 0.5%.
 - Necesidad de histerectomía 0.2%.
3. Complicaciones postoperatorias, se suceden en el 35.7% de cesáreas, entre mayores y menores

**Complicaciones postoperatorias en 2647 mujeres
sometidas a cesárea (Van Ham 1997)**



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

COMPLICACIONES	ELECTIVA	URGENTE
MAYORES:		
Hemorragia >1500ml	1.5%	2.9%
Reexploración quirúrgica	0.8%	1.9%
Infección pélvica	0.6%	0.6%
Trombosis venosa profunda	0.6%	0.6%
Neumonía	0%	0.5%
Septicemia	0%	0.4%
MENORES:		
Hemorragia 1000 – 1500	2.8%	4.4%
Morbilidad febril	15.7%	27.9%
Infección tracto urinario	2.5%	3.2%
Endometritis	1.3%	1.0%
Infección herida quirúrgica	1.0%	2.3%
Íleo	1.1%	1.6%

Tomado de: Zelop, Complicaciones de cesárea a corto y largo plazo, Clin Obs Gin, 2004; 2. McGraw Hill, México DF.

En lo que respecta a las complicaciones infecciosas otros autores señalan tasas más altas, a nivel del 17%, siendo la endometritis la más frecuente (7.9%), incluso con un buen uso de antibióticos. Las pacientes con uso incorrecto de antibióticos tuvieron más complicaciones infecciosas (37,8 %). ⁽⁴³⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Complicaciones a largo plazo

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

(DPPNI): la tasa de esta patología es 2.4 veces mayor si el parto anterior fue por cesárea versus si fue vaginal. ⁽⁹⁾

Placenta previa: en un metaanálisis Ananth en 1997 demostró una asociación de cesárea previa con 2.6 veces mas riesgo de placentación previa. ⁽⁹⁾

Placentación anormalmente adherente: el antecedente de cesárea sumado a otros factores como edad de la madre y placenta previa se asocia con un aumento del riesgo de acretismo placentario que puede llegar al 24% en madres con antecedentes de placenta previa y 1 cesárea, que se eleva a 47% con 2 cesáreas y al 60% en madres con antecedentes de placenta previa y mas de 3 cesáreas (Zaki 1998). La adherencia placentaria anormal es culpable del 64% de histerectomías periparto con su intrínseca morbilidad ⁽⁹⁾

Impacto de la cesárea en embarazos futuros: Hemminki en 1996 realizó una revisión sistemática de estudios de cohortes, encontrando: ⁽³¹⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Infertilidad: las mujeres sometidas a cesáreas tuvieron menos hijos subsecuentemente, debido a una combinación de menor deseo de tenerlos o a una incapacidad para hacerlo, la tasa de esterilización fue mayor después de una cesárea.
- Embarazo incompleto: Las mujeres con antecedentes de cesárea tuvieron mayores tasas de aborto, y de embarazos ectópicos.
- Siguiente embarazo y parto: El siguiente embarazo fue más complicado, en términos de necesidad de repetir la cesárea y problemas placentarios.
- Siguiente infante: Los niños producto de los siguientes embarazos de madres expuestas a cesárea tenían mayores tasas de complicaciones que los controles, con peso bajo al nacer, malformaciones y aumento de la mortalidad perinatal.

La cesárea también se asocia con mayor depresión postparto y con sentimientos negativos respecto a la experiencia del alumbramiento. ⁽⁴⁴⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Efectos de la cesárea sobre el recién nacido

Cuando una cesárea obedece a las indicaciones maternas y fetales de la misma, los resultados mejoran con una disminución de la morbilidad y mortalidad vinculada con el nacimiento. La ventaja se hace menos clara en los casos de cesárea electiva con producto a término. Entre los principales efectos adversos de la cesárea sobre el neonato tenemos: ⁽¹⁰⁾

Aumento de la morbilidad respiratoria: existe un riesgo aumentado de sufrir de síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (SDRRN) tras nacer por cesárea versus parto vaginal debido posiblemente a que el parto abdominal impide que ocurra la compresión torácica que si ocurre durante el parto vaginal, que además del efecto mecánico induce la liberación de catecolaminas y prostaglandinas fetales que promueven la formación de surfactante. Estos neonatos tienen razones menores de lecitina/esfingomielina y proteína alfa del surfactante (hablando de productos a término). Morrison (1995) en un estudio retrospectivo calculo una incidencia de SDRRN de 35.5 por 1000 nacimientos en nacidos por cesárea sin



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

trabajo de parto, 12,2 por 1000 en nacidos por cesárea luego de trabajo de parto y 5.3 por 1000 en nacidos por vía vaginal.

Adaptación neurológica tardía: Otamiri y cols. (1991) en un estudio sobre la relación del nivel de catecolaminas plasmáticas en sangre umbilical y la adaptación neurológica perinatal concluyeron que la adaptación neurológica es mas tardía tras cesárea que tras parto vaginal, medida en 48 h postparto, debido posiblemente a una menor actividad de las catecolaminas en los productos de cesárea.

Retraso de la interacción madre-hijo: Dewey (2003) en un estudio sobre factores de riesgo para una conducta no óptima de amamantamiento encontró que en los productos de cesárea existen menores tasas de amamantamiento precoz debido a la separación forzada y a la mayor incidencia de patología respiratoria que presentan estos productos. Se concluye que la cesárea es un factor de riesgo independiente para el retraso del amamantamiento durante el primer día. **Traumatismo**

neonatal: es un efecto adverso raro pero digno de mencionarse. Smith (1997) en su estudio sobre el tema, reportó



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

incidencias de laceración fetal intracesárea del 1.4% para nacidos vivos en presentación cefálica.

Efectos anestesia materna: la alteración de la transición extrauterina por la anestesia materna se ha demostrado en recién nacidos de cesáreas electivas. Se reconoce que la anestesia regional disminuye esta depresión neonatal producida por la anestesia general, mejorando las puntuaciones de Apgar y en los test neurológicos. ⁽⁴⁵⁾



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Capítulo III: Objetivos

Los objetivos de nuestro estudio fueron:

Objetivo general

Estudiar la frecuencia y causas de operación cesárea en las pacientes obstétricas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero – junio del 2007 utilizando una clasificación en 10 grupos clínicos.

Objetivos específicos

1. Determinar la tasa de operación cesárea en la población estudiada
2. Clasificar a las pacientes en 10 grupos clínicos mutuamente excluyentes.
3. Determinar la frecuencia de cesárea en cada uno de los grupos.
4. Determinar como influye cada uno de los grupos en la tasa global de cesáreas.
5. Identificar las causas e indicaciones que llevaron a la realización de operación cesárea en cada uno de los grupos.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Capítulo IV: Diseño metodológico ⁽⁴⁶⁾

Tipo de estudio:

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal.

Área de estudio:

Se realizó en el área de Obstetricia del Hospital Regional y Docente Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador, entre los meses de julio a diciembre del 2007

Definición y medición de variables:

Para los fines de este estudio las variables se definieron y midieron de acuerdo a la siguiente matriz:

VARIABLES	DEFINICIÓN	TIPO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Paridad.	Antecedente de partos anteriores ya sean vaginales o cesáreas.	Categórica.	-Nulípara: sin antecedente de partos. - Multipara : uno o más partos anteriores.	- Número de partos anteriores.	1. Nulípara. 2. Multipara.
Número de fetos.	Numero de fetos en el presente embarazo.	Categórica..	- Único: un solo feto - Múltiple: dos o más fetos.	- Número de fetos.	1. Único. 2. Múltiple.
Presentación.	Parte del feto que toma contacto con el estrecho superior.	Categórica.	- Cefálica: si es el polo cefálico. - Pelviana: si es el polo caudal. - Situaciones distócicas	- Presentación fetal.	1. Cefálica. 2. Pelviana. 3. Situación distócica.
Edad gestacional.	Semanas cumplidas desde la fecha de inicio de la última menstruación o determinada por otros medios como Ecografía o examen del recién nacido.	Categórica.	- A término: igual o mayor a 37 semanas. - Pretérmino: menor a 37 semanas.	- Semanas de gestación.	1. Término. 2. Pretérmino.
Inicio de labor.	Forma en la que aparecen los dolores de parto.	Categórica.	- Espontánea: de aparición espontánea. - Inducida: si fue inducida	- Forma de inicio.	1. Espontánea. 2. Inducida.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

			externamente.		3. Sin labor.
Antecedente de cesárea.	Antecedente de una o más cesáreas en embarazos anteriores.	Categorica.	- Sin labor: si no tuvo labor de parto. - Si: ha sido intervenida anteriormente por cesárea. - No: no ha sido intervenida por cesárea. - No corresponde: se trata de una paciente nulípara.	- Numero de cesáreas anteriores.	1. Si. 2. No. 3. No corresponde.
Fin del embarazo.	Forma de terminación del embarazo.	Categorica.	- Espontáneo: por parto vaginal espontáneo. - Cesárea: por parto quirúrgico abdominal . - Otros: fórceps, Vacuum.	- Forma de parto.	1.Espontáneo. 2. Cesárea. 3. Otros.
VARIABLE	DEFINICION	TIPO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Causa de cesárea.	Indicación o causa que llevo a la realización de operación cesárea.	Categorica.	- Cesárea previa. - Desproporción céfalo pélvica. - Sufrimiento fetal agudo. - Parto detenido. - Fracaso de la inducción. - Embarazo múltiple. - Trastornos hemorrágicos del tercer trimestre. - Trastornos hipertensivos. - Ruptura prematura de membranas. - Presentación pelviana. - Otras (Indicar)	- Indicación de cesárea.	Indicación.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Grupo clínico.	Grupo al que la paciente pertenece por sus características según la clasificación propuesta.	Categoría.	- Grupo 1: nulíparas, único, cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo . - Grupo 2: nulíparas, único, cefálica, a término, inducido o cesárea antes de trabajo de parto . - Grupo 3: multiparas, único, cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo, sin cicatriz de cesárea anterior . - Grupo 4: multiparas, único, cefálica, a término, inducido o cesárea antes de trabajo de parto, sin cicatriz de cesárea anterior . - Grupo 5: cesárea(s) previa(s), único, cefálica, a término. - Grupo 6: nulíparas, pelviana. - Grupo 7: multiparas, pelviana, incluida cicatriz de cesárea anterior . - Grupo 8: embarazos múltiples, incluida cicatriz de cesárea anterior . - Grupo 9: presentaciones distócicas, incluida cicatriz de cesárea anterior . - Grupo 10: Únicos, presentación cefálica, pretérmino.	- Combinación de características.	- Grupo 1. - Grupo 2. - Grupo 3. - Grupo 4. - Grupo 5. - Grupo 6. - Grupo 7. - Grupo 8.. - Grupo 9. - Grupo 10.
----------------	--	------------	---	-----------------------------------	--

Universo y muestra:

El universo lo componen las 2456 pacientes que recibieron atención de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2007 de acuerdo al libro de registro diario de este centro.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

La unidad de observación y muestral es igual y corresponde a cada paciente obstétrica.

Se realizó la selección de una muestra de tamaño propositivo, probabilística y aleatoria de acuerdo a la siguiente secuencia de acciones:

1. Se elaboró un listado de las pacientes que conforman el universo descrito
2. Se fijó el tamaño de la muestra en 1000 pacientes para tratar de garantizar la representatividad de la misma de acuerdo a la metodología que utilizamos, que incluye la división de los casos en 10 grupos, y de acuerdo a los recursos de los que disponíamos
3. Se enumeró cada una de las unidades del universo
4. Se anotó cada uno de los números individualmente en trozos de papel hasta completar el total del universo y se los colocó en un ánfora.
5. Se extrajo una por una las unidades muestrales hasta completar las 1000 necesarias



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Criterios de inclusión:

Pacientes registradas en el Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso para atención de parto, durante el periodo fijado.

Criterios de exclusión:

Pacientes con diagnóstico de aborto o muerte fetal intraútero.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Listado general:

Para la elaboración del listado total de pacientes se utilizó el libro de registro diario de atenciones del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Instrumento:

Para la recolección de la información necesaria de cada unidad muestral se utilizó un formulario de nuestra autoría.(ver anexos)

Información recolectada:

La información que se recogió de cada unidad muestral incluyó:

- Datos de filiación:



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

- Nombre
- Número de historia clínica
- Fecha del parto
- Características clínicas de la paciente:
 - Paridad
 - Numero de fetos en el actual embarazo
 - Presentación
 - Edad gestacional
 - Forma de inicio de labor
 - Antecedentes de cesárea (s) anteriores
- Forma de terminación del embarazo
- En caso de operación cesárea: causa o indicación principal

Fuente de la información:

La información se recogió en la manera que fue posible de la base de datos del Sistema Informático Perinatólogo en los demás casos se obtuvo directamente de la historia clínica única en el Departamento de Estadística del HVCM.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Creación de una base de datos e ingreso de datos:

Luego de revisar la calidad de la información obtenida se procedió a ingresar esta en una base de datos para su tabulación y análisis utilizando el software Epi Info 2002 y Excel 2007.

Clasificación en 10 grupos clínicos:

La clasificación en los 10 grupos clínicos se realizó mediante un subprograma de Epi Info que denominamos “Clasificador” (Ver anexos)

Plan de tabulación para el cumplimiento de los objetivos

Objetivo	Variables	Tablas y gráficos
1. Determinar la tasa global de operación cesárea en la población estudiada.	- Fin del embarazo	Forma de terminación del embarazo en las pacientes obstétricas estudiadas. Gráfico: Pie
2. Clasificar a las pacientes en 10 grupos clínicos mutuamente excluyentes.	- Paridad - Numero de fetos - Presentación - Edad gestacional - Inicio de labor - Cesárea anterior - Fin del embarazo - Grupo Clínico	Clasificación en 10 grupos clínicos mutuamente excluyentes de las pacientes estudiadas. Gráfico: Pie
3. Determinar la frecuencia de cesárea en cada uno de los grupos.	- Grupo clínico - Fin del embarazo	Forma de terminación del embarazo en cada uno de los 10 grupos propuestos Gráfico: Diagrama de barras dobles



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

4. Determinar como influye cada uno de los grupos en la tasa global de cesáreas.	- Grupo clínico - Fin del embarazo	Contribución de cada grupo ala tasa global de cesárea . Gráfico: Pie
5. Determinar cuales fueron las indicaciones o causas que llevaron a la realización de cesárea en cada uno de los grupos.	- Grupo clínico - Causas de cesárea.	Indicaciones o causas de cesárea en cada uno de los grupos propuestos. Gráficos: Pie

Análisis de los datos

Al tratarse de variables cualitativas de tipo nominal para su tratamiento estadístico se utilizaron las siguientes distribuciones de frecuencias relativas de acuerdo al objetivo a cumplir:

Frecuencia: como el numero de observaciones de una categoría.

Porcentajes: como la relación entre el número de observaciones de una categoría y el total del grupo y multiplicada por 100.

$$\text{Porcentaje (\%)} = \frac{\text{Numero de observaciones}}{\text{Total del grupo}} \times 100$$

Tasa: como un quebrado donde el numerador indica la frecuencia de un determinado fenómeno en un área altamente limitada y en un periodo de tiempo perfectamente determinado



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

y donde el denominador indica el número de habitantes de la población en la cual puede suceder el fenómeno descrito en el numerador.

$$\text{Tasa (\%)} = \frac{\text{Numero de veces qué ocurrió determinado fenómeno}}{\text{Población en la cuál ocurrió el fenómeno}} \times 100$$



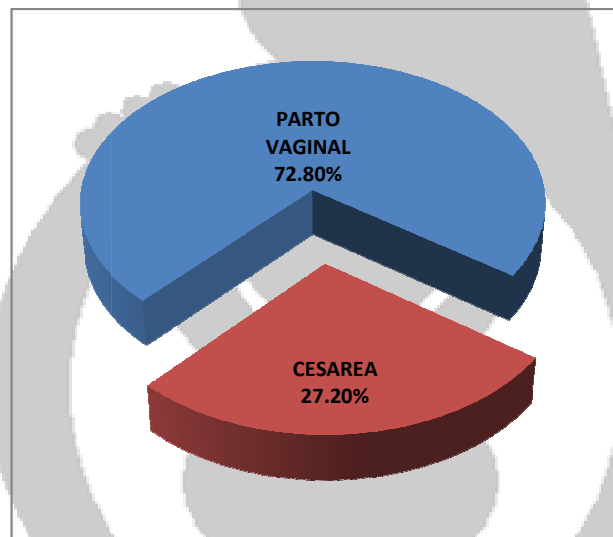


Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Capítulo V: Resultados

Se incluyeron en nuestro estudio 1000 pacientes registradas para atención de parto en el Área de Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso en el periodo enero – junio del 2007, se excluyeron aquellas pacientes con diagnóstico de aborto o muerte fetal intraútero. Obteniéndose los siguientes resultados:

GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE 1000 PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 POR LA FORMA DE TERMINACIÓN DE SU EMBARAZO, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007.



Fuente: Tabla 1 Elaboración: Los autores

La tasa de operación cesárea en la serie estudiada fue del 27.2% que corresponde a 272 pacientes sometidas a esta intervención



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE 1000 PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN 10 GRUPOS CLÍNICOS MUTUAMENTE EXCLUYENTES, CUENCA, 2007.

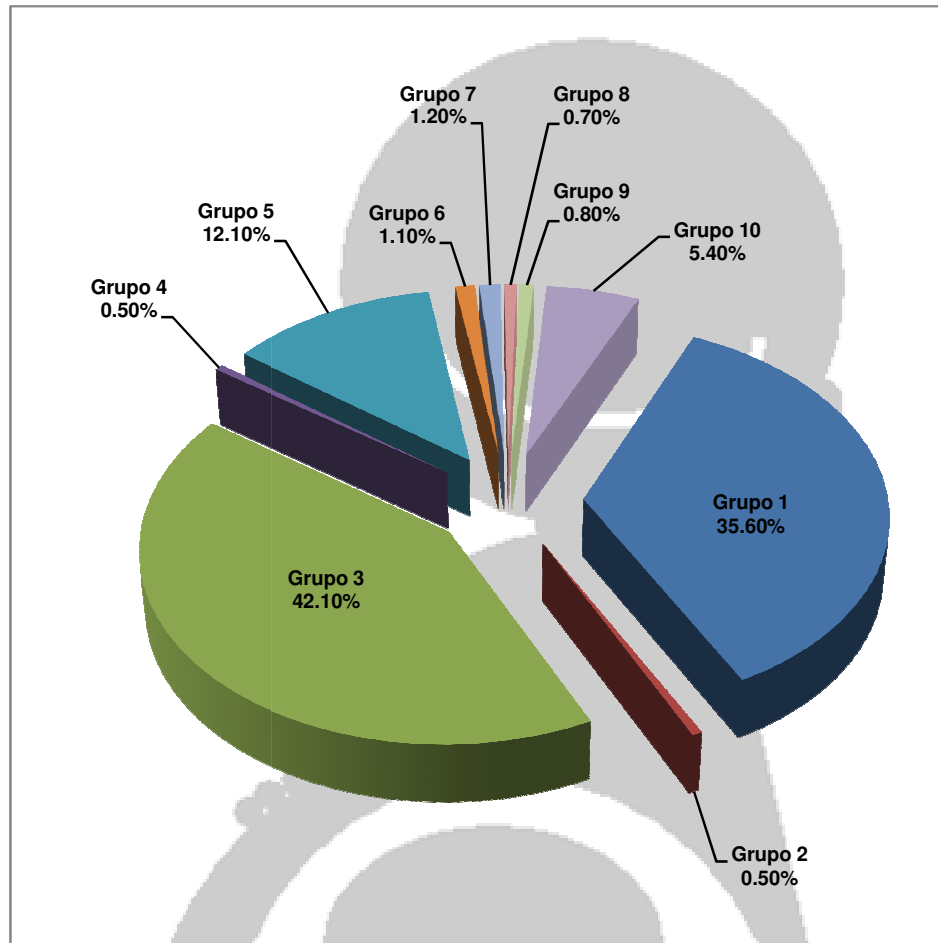
GRUPO	FRECUENCIA	%
Grupo 1 Nulíparas, producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo	356	35.6
Grupo 2 Nulíparas, producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto inducido o cesárea antes de trabajo de parto	5	0.5
Grupo 3 Multíparas, producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo, sin antecedente de cesárea	421	42.1
Grupo 4 Multíparas, producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto inducido o cesárea antes de trabajo de parto, sin antecedente de cesárea	5	0.5
Grupo 5 Cesárea(s) previa(s), producto único, en cefálica, a término	121	12.1
Grupo 6 Nulíparas, en pelviana	11	1.1
Grupo 7 Multíparas, en pelviana, incluye pacientes con cesárea anterior	12	1.2
Grupo 8 Embarazos múltiples, incluye pacientes con cesárea anterior	7	0.7
Grupo 9 Presentaciones distócicas, incluye pacientes con cesárea anterior	8	0.8
Grupo 10 Producto único, en presentación cefálica, de pretérmino	54	5.4
TOTAL	1000	100

Fuente: Base de datos
Elaboración: Los autores



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE 1000 PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN 10 GRUPOS CLÍNICOS MUTUAMENTE EXCLUYENTES, CUENCA, 2007.



Fuente: Tabla 2
Elaboración: Los autores

Utilizando la clasificación en 10 grupos clínicos propuesta por Robson y Cols. se observó que de las pacientes atendidas en el Área de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso pertenecientes a esta serie, la mayor parte fueron multíparas con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

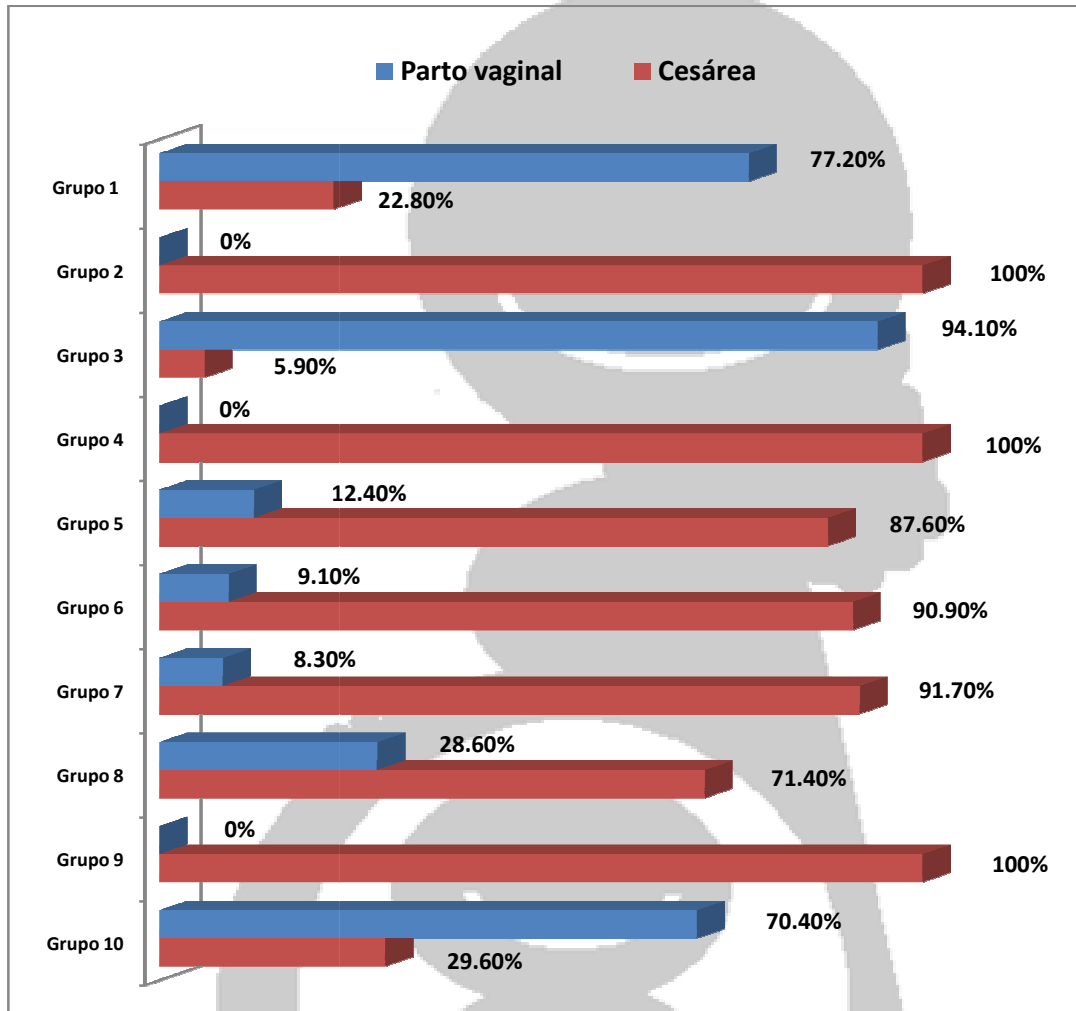
espontáneo y sin antecedente de cesárea (grupo 3) con el 42.1%. El segundo lugar lo ocupan las nulíparas, con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontaneo (grupo 1) con el 35.6%. Vale también la pena señalar que un 12.1% fueron pacientes con antecedente de cesárea, con producto único, en cefálica, a término (grupo 5).





Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE 1000 PACIENTES OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 SEGÚN LA FORMA DE TERMINACIÓN DE SU EMBARAZO EN CADA UNO DE LOS 10 GRUPOS CLÍNICOS PROPUESTOS, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007.



Fuente: Tabla 3 (ver anexos) Elaboración: Los autores

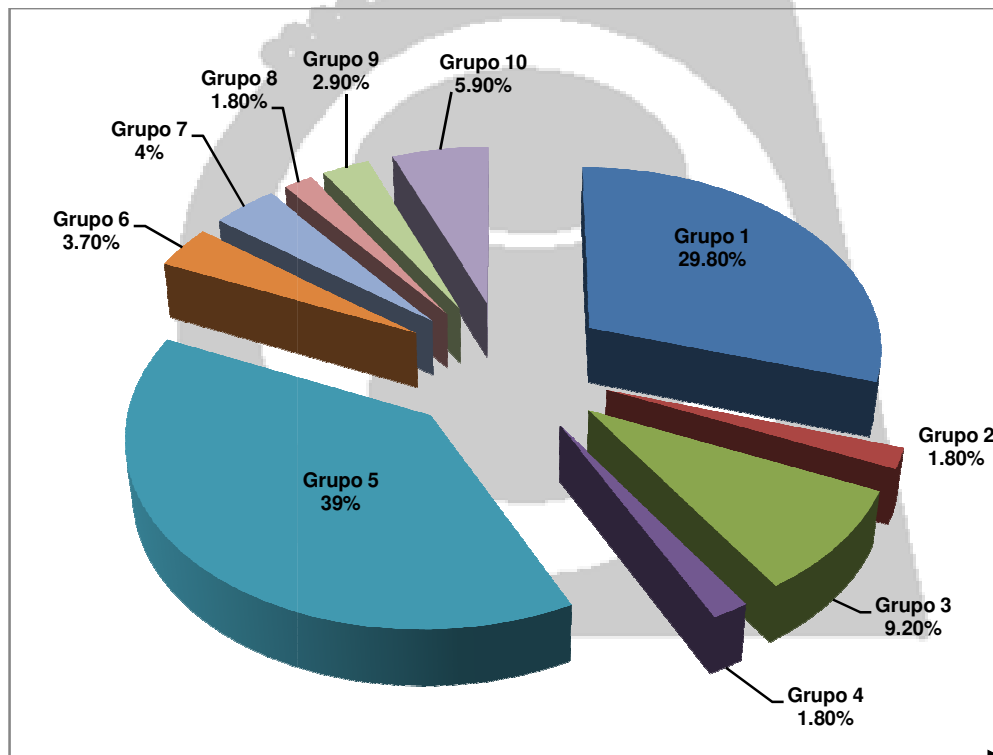
En el estudio de la forma de fin del embarazo en cada uno de los grupos propuestos, se observa que en el grupo 1 (nulíparas, con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontaneo), el porcentaje de cesárea alcanza el



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

22.8%; mientras que en el grupo 5 (pacientes con antecedente de cesárea, con producto único, en cefálica, a término) alcanza el 87.6%, en los grupo 2 y 4 (nulíparas y multíparas con labor inducida o cesárea antes de labor) y 9 (con presentación distócica) la cesárea ocupa el 100% de los casos, en los grupo 6 y 7 (nulíparas y multíparas con producto en pelviana respectivamente) alcanza el 91%.

GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE 272 PACIENTES OBSTÉTRICAS SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN EN 10 GRUPOS CLÍNICOS Y LA CONTRIBUCIÓN DE CADA UNO DE ELLOS A LA TASA GLOBAL DE CESÁREA, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007.





Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

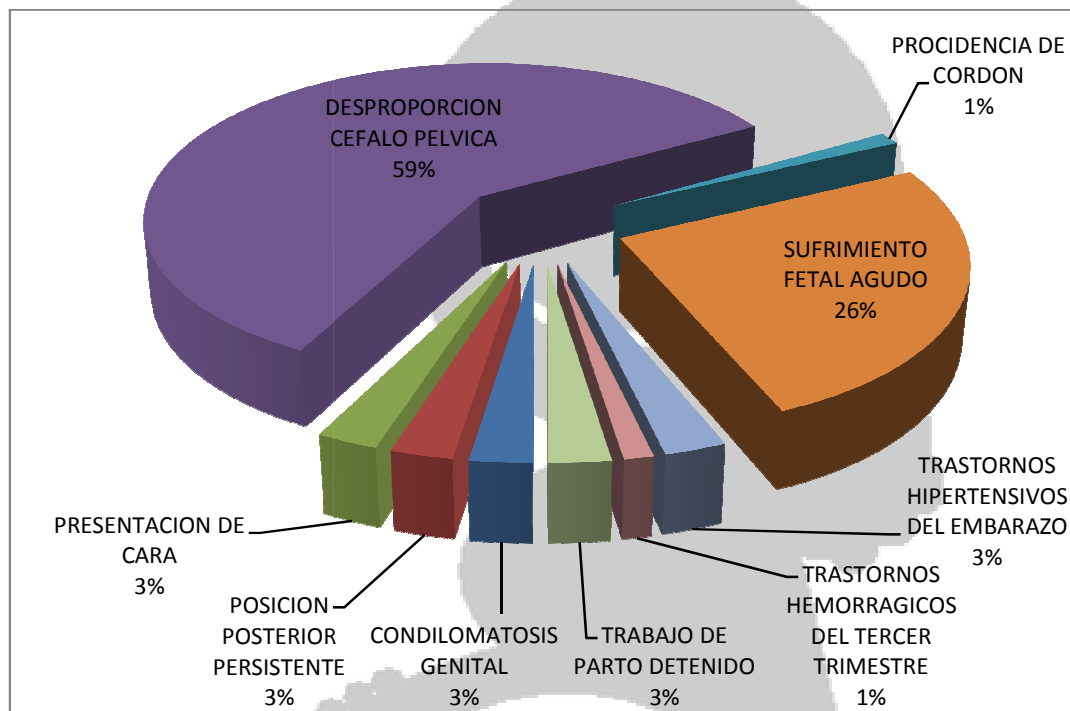
Fuente: Tabla 4 (ver anexos)
Elaboración: Los autores

En el estudio de la contribución de cada grupo a la tasa global de cesárea, se observa que el grupo con mayor aporte a la misma es el grupo 5 (pacientes con antecedente de cesárea) con un 39%, el segundo lugar en aporte lo ostenta el grupo 1 (nulíparas, con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontaneo) con el 29.8%, para dejar en tercer lugar al grupo 3 (multíparas con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo y sin antecedente de cesárea) con un 9.2%.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 1 (NULÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007.



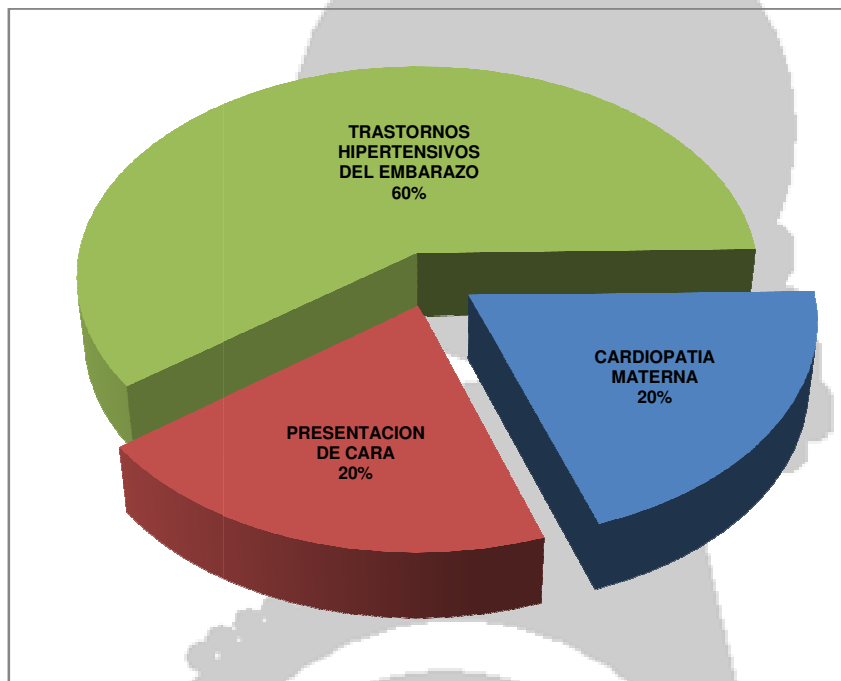
Fuente: Tabla 5 (ver anexos) Elaboración: Los autores

Dentro del grupo1, la indicación mas frecuente para la realización de cesárea fue la desproporción céfalo -pélvica que abarca el 59% de los casos, seguida del sufrimiento fetal agudo con un 26% de los casos, en conjunto abarcan el 85% de los casos de cesárea en este grupo.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 2 (NULÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO INDUCIDO O CESÁREA ANTES DE TRABAJO DE PARTO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007.



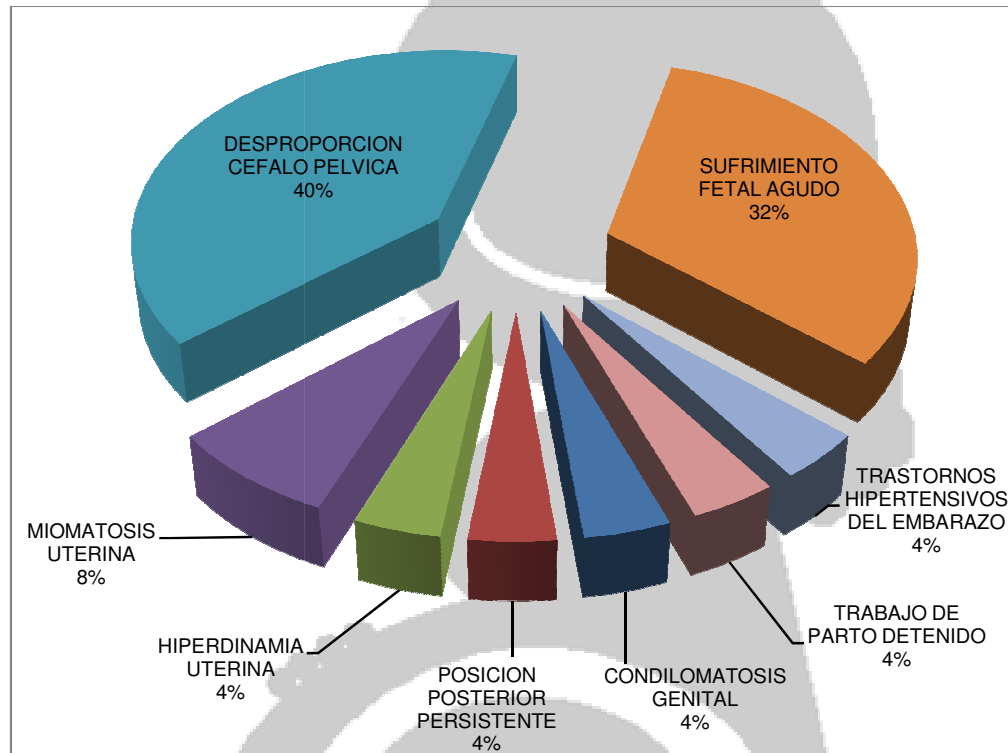
Fuente: Tabla (ver anexos)
Elaboración: Los autores

En el grupo 2, la causa que mas llevó a la realización de cesárea fueron los trastornos hipertensivos del embarazo con un 60% de los casos, dejando a la presentación de cara y a la cardiopatía materna con un 20% de los casos de cesárea en este grupo.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 3 (MULTÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO, SIN ANTECEDENTE DE CESÁREA) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007.



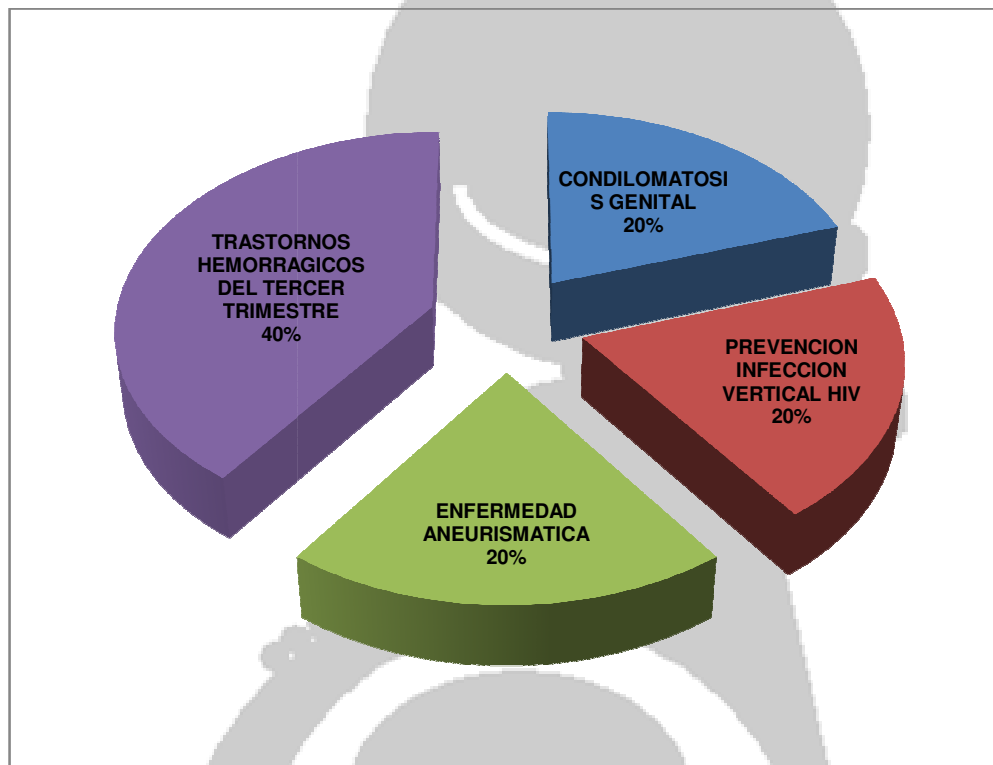
Fuente: Tabla 7 Elaboración: Los autores

En el grupo 3, la desproporción céfalo pélvica aparece en el primer lugar de las indicaciones de cesárea en este grupo con el 40%, seguida del sufrimiento fetal agudo con un 32% y de la miomatosis uterina con 8%.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 4 (MULTÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO INDUCIDO O CESÁREA ANTES DE TRABAJO DE PARTO, SIN ANTECEDENTE DE CESÁREA) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007.



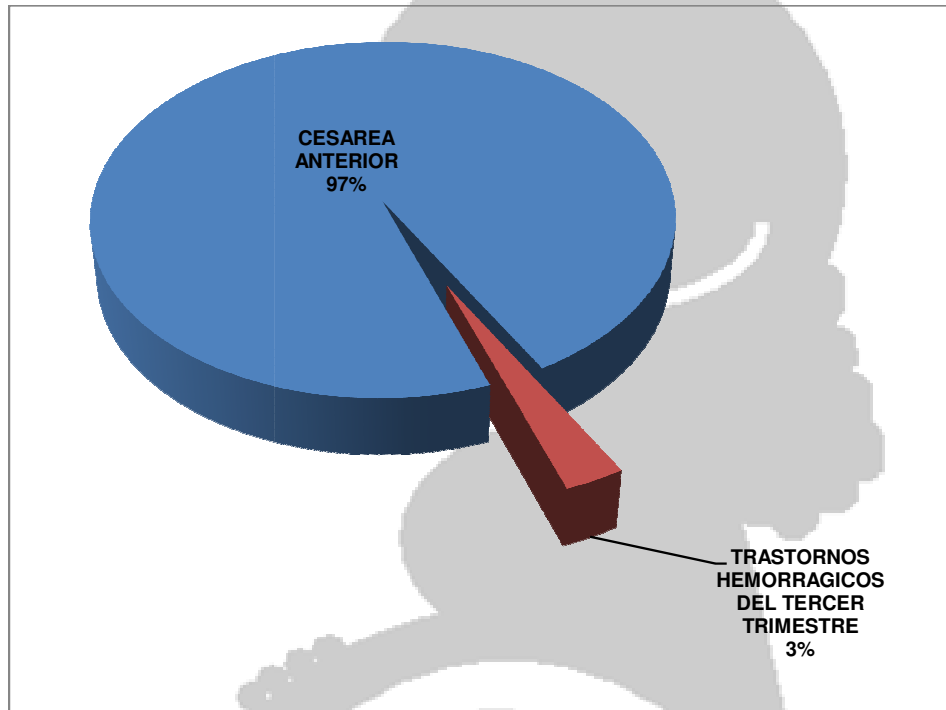
Fuente: Tabla 8 (ver anexos) Elaboración: Los autores

En el grupo 4, la causa predominante son los trastornos hemorrágicos del tercer trimestre con un 40%, seguido de la condilomatosis genital, la enfermedad aneurismática cerebral y la prevención de la infección vertical por VIH con un 20% cada una.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 5 (CESÁREA(S) PREVIA(S), PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.



Fuente: Tabla 9 (ver anexos)
Elaboración: Los autores

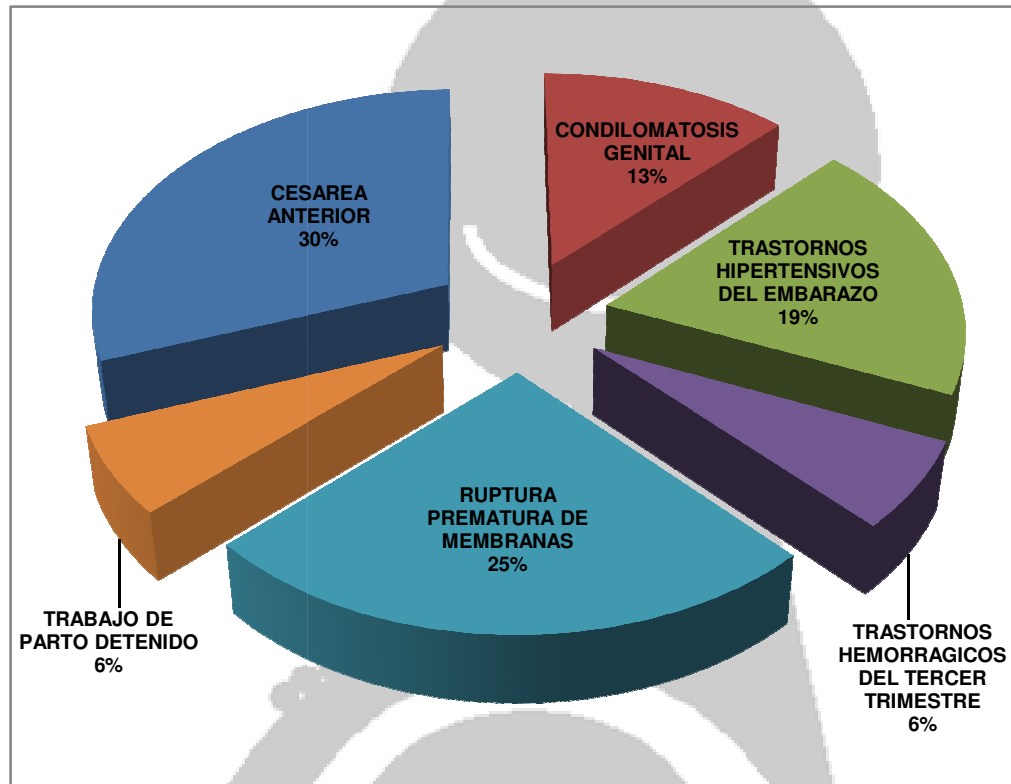
En el grupo 5, la cesárea por cesárea anterior predomina con un 97% y solo el 3% restante lo ocupan los trastornos hemorrágicos del tercer trimestre.

En los grupos 6,7,8 y 9 las condiciones clínicas que indican su lugar en la clasificación son las que ocupan el 100% de los casos de cesárea en cada uno de estos grupos. (ver anexos)



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

GRAFICO 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 10 (PRODUCTO ÚNICO, EN PRESENTACIÓN CEFÁLICA, DE PRETÉRMINO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, EN PORCENTAJES, CUENCA, 2007



Fuente: Tabla 14 (ver anexos)
Elaboración: Los autores

En el grupo 10, los casos de cesárea obedecieron en mayor medida a la cesárea anterior con un 30% seguida de la ruptura prematura de membranas con un 25%, para dejar en tercer lugar a los trastornos hipertensivos del embarazo con un 19%.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Capítulo VI: Análisis y discusión

La tasa de cesárea encontrada en la serie estudiada es del 27.2%, 12 puntos porcentuales por encima de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (15%),⁽¹⁾ 9 puntos por encima de la tasa registrada en el estudio realizado en el mismo hospital en el 2003 (18.6%),⁽²⁰⁾ y sólo 1 punto por debajo de la tasa nacional (28%).⁽⁴⁾ De tomar en cuenta la recomendación de la OMS, y que en el Hospital Vicente Corral Moscoso se sucederán en proyección 5.000 partos este año, quiere decir que en el 2007 se llevarán a cabo un aproximado de 600 cesáreas potencialmente prevenibles. Tomando la referencia de que una cesárea cuesta 500 dólares más que un parto vaginal,⁽³⁾ se estarían gastando alrededor de USD 300.000 este año en dichas intervenciones, un rubro importante y que podría ser utilizado en otras necesidades de la propia institución.

El 42.1% de pacientes de esta serie son multíparas, con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo, sin antecedente de cesárea (grupo 3), superior a



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

la cifra encontrada en el estudio chileno (31.9%), ⁽²⁴⁾ en segundo lugar aparecen las pacientes “nuevas”: nulíparas, con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo (grupo 1) con un 35.6% superior con 6 puntos a lo encontrado en Chile (29.5%). Estos 2 grupos por si solos alcanzan casi el 80% de los casos de la serie en estudio. Las pacientes con antecedente de cesárea, productos únicos, en cefálica y a término (grupo 5) ocupan el tercer lugar con un 12.1%, similar a lo encontrado en Chile (12.9%). Cifra que continuará en aumento de mantenerse esta tasa de cesárea..

La tasa de cesárea dentro del grupo 1 es de el 22.8%, idéntica a la hallada en el estudio chileno (22.7%), ⁽²³⁾ pero 7 puntos por encima de la recomendación del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (15.5%) ⁽¹⁷⁾ y 11 puntos por encima de la tasa encontrada en el estudio del Reino Unido (11.8%), ⁽²⁾ lo que contribuirá a elevar a corto plazo el numero de pacientes con antecedente de cesárea atendidas en nuestro hospital.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Dentro del grupo 3 la tasa de cesárea se ubica en el 5.9% , cifra muy inferior a la hallada en Chile (16.9%) pero superior a la hallada en el Reino Unido (3.4%).

En el grupo 5 la tasa de parto vaginal alcanza solo el 12.4%, inferior en 24 puntos porcentuales a la hallada en el Reino Unido (36.5%) la cual corresponde a la recomendación del Colegio Americano de Obstetricia que señalan un 37% de partos vaginales postcesárea como meta en este grupo. ⁽¹⁷⁾ En lo que respecta a la pacientes con fetos en presentación pelviana (grupos 6 y 7) se resolvieron mediante cesárea el 91% de ellos, que concuerda con las cifras encontradas en los estudios en referencia. Las pacientes con fetos en situación distócica (grupo 9) presentan una tasa de cesárea del 100%, que no difiere con los otros estudios. Las pacientes con productos únicos, en cefálica, pero de pretérmino (grupo 10) muestran una tasa de cesárea de 29.6%, no muy diferente a la encontrada en el Reino Unido (32.7%).

En cuanto a la contribución de cada grupo a la tasa global de cesárea, el grupo de mayor influencia es el grupo 5 con un



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

39%, superior en 16 puntos porcentuales a la encontrada en el Reino Unido (23.1%) . El segundo lugar corresponde al grupo 1 con el 29.8%, superior a la encontrada en el trabajo original de Robson (19.7%), ⁽¹³⁾ a la encontrada en Chile (17.7%) ⁽²³⁾ y a la del Reino Unido (13.4%). En tercer lugar se encuentra el grupo 3 con un 9.2%, el doble de lo encontrado en el Reino Unido (4.9%). Estos 3 grupos abarcan con su contribución el 80% de las cesáreas de la serie. Los demás grupos contribuyen con menos del 4% cada uno.

La indicación o causa de cesárea más importante en el grupo 5 es, como era de esperarse, la cesárea anterior con un 97%. Lo que indica que en nuestro hospital se cumple la frase de “una vez cesárea siempre cesárea”

En el grupo 1 la causa más frecuente es la desproporción céfalo – pélvica con el 59%, inferior a la encontrada en Chile (67.5%). En segundo lugar aparece el sufrimiento fetal agudo con el 26%, más del doble de lo descrito en Chile (11.2%). Las demás causas participan con menos del 3% cada una.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

En el grupo 3 otra vez la causa principal es la desproporción céfalo – pélvica con un 40% de las cesáreas de este grupo, lo que sorprende por que se tratan de pacientes con pelvis supuestamente ya “probada”, dejando por descartar la macrosomía fetal. En segundo lugar encontramos de nuevo al sufrimiento fetal agudo con el 32% y a la miomatosis uterina con un 8%, las demás causas participan con menos del 4%.





Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Capítulo VII: Conclusiones y recomendaciones

1. La tasa de cesárea en la serie estudiada es de 27.2%, 12 puntos porcentuales por encima de la recomendada por la OMS.

2. Utilizando la clasificación en 10 grupos clínicos mutuamente excluyentes, se concluye que la mayor parte de pacientes que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo fijado fueron pacientes multíparas, con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo y sin antecedente de cesárea (grupo 3) con el 42.1%; seguido de las pacientes nulíparas con producto único, en cefálica, a término, trabajo de parto espontáneo (grupo 1) con el 35.6%. En tercer lugar están las pacientes con antecedente de cesárea, con producto único, en cefálica, a término (grupo 5) con el 12.1%.

3. La tasa de cesárea por grupo clínico se distribuyó de la siguiente manera en los grupos más numerosos: el grupo 1 presenta una tasa de cesárea de 22.8%, el grupo 3 presenta una tasa de 5.9% y el grupo 5 una tasa de 87.6%.



4. El grupo con mayor contribución a la tasa de cesárea fue el grupo 5 con el 39% de las cesáreas realizadas, seguido del grupo 1 con el 29.8%, y en tercer lugar el grupo 3 con el 9.2%. El 80% de las cesáreas realizadas en la serie estudiada, ocurrieron en estos 3 grupos.

5. Las indicaciones principales de cesárea en los grupos que más contribuyeron a la tasa global fueron:

- En el grupo 5: la cesárea anterior con el 97% de los casos
- En el grupo 1: la desproporción céfalo - pélvica con el 59% y el sufrimiento fetal agudo con el 26%.
- En el grupo 3: la desproporción céfalo – pélvica con 40% y el sufrimiento fetal agudo con el 32%.

Recomendaciones

El valor de este trabajo y de sus resultados, desde nuestro punto de vista, es el de permitir una mejor caracterización de la población de pacientes obstétricas y de las causas que inciden sobre ellas en la realización de cesáreas. Puede ser



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

usado como punto de partida para nuevos estudios que describan más profundamente como se están realizando estos diagnósticos y cuales son los resultados materno – fetales que se están produciendo en los grupos identificados como mas influyentes en la tasa de cesárea.

Esto permitirá dirigir de mejor manera los esfuerzos encaminados a mejorar la tasa de cesárea institucional, entre los que se debería incluir estrategias como el adecuado estudio y seguimiento a las pacientes con antecedente de una o dos cesáreas transversales bajas, para seleccionar más pacientes candidatas a parto vaginal postcesárea, así como protocolizar el manejo de las pacientes en prueba de trabajo de parto, incluida la reanimación fetal intraútero para disminuir la frecuencia de la desproporción céfalo - pélvica y de sufrimiento fetal agudo.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Referencias bibliográficas:

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-537. Disponible en www.thelancet.com
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologist Clinical Support Unit. The National Sentinel Cesarean Section Audit Report. 2001. Disponible en www.rcog.org.uk/mainpages.asp?%20PageID=805
3. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319: 1397-1400. Disponible en www.bvs.org
4. Centro de Estudios de Población y desarrollo Social -CEPAR-. La Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004) Informe Final, marzo 2005, Quito, Ecuador. Disponible en www.cepar.org.ec/endemain_04/pdf
5. Faúndes A, Cecatti J. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro abr/jun 1991; 7 (2). Disponible en www.scielo.org.
6. Constance P. Una epidemia de cesárea. *Revista del Banco Interamericano de Desarrollo BIDAmérica* julio-agosto de 2000. Disponible en www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AGO00c/c800i.htm
7. Ecker J, Frigoletto F. Cesarean Delivery and the Risk-Benefit Calculus. *New England Journal of Medicine*. March 1, 2007; 356 (9): 885-888. Disponible en www.nejm.com
8. Peña D, Crispín L, Méndez E, Montás P. Incidencia de cesáreas en el Hospital Dr. Rafael J. Mañón del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, San Cristóbal, R. D. *Revista Acta Médica Dominicana*. Biblioteca virtual en salud. Enero 1999. Disponible en www.bvs.org.
9. Zelop C, Complicaciones de cesárea a corto y largo plazo, *Clínicas de Obstetricia y Ginecología*, 2004; 2: 269 - 375, McGraw Hill, México DF, México.
10. Doherty E, Cesárea énfasis en el recién nacido, *Clinicas de Obstetricia y Ginecología*, 2004; 2: 317 – 326. McGraw Hill, México DF, México.
11. Aron DC, Gordon HS, DiGiuseppe DL, Harper DL, Rosenthal GE. Variations in risk-adjusted cesarean delivery rates according to race and health insurance. *Med Care* 2000; 38 (1): 35-44. Disponible en www.bvs.org
12. DiGiuseppe DL, Aron DC, Payne SM, Snow RJ, Dierker L, Rosenthal GE. Risk adjusting cesarean delivery rates: a comparison of hospital profiles based on medical record and birth certificate data. *Health Serv Res* 2001; 36 (5): 959-977. Disponible en www.bvs.org
13. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *American Journal of Obstetricians and Gynecologist*. 1996; 174: 199-205. Disponible en www.pubmed.gov
14. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15 (1): 179-194. Disponible en www.pubmed.gov
15. Cárdenas O, Molina X, Narváez J. Normas de diagnóstico y tratamiento en obstetricia. Universidad de Cuenca, facultad de Ciencias Médicas, Cuenca, 1990: 237 - 243
16. Lugones M. La cesárea en la historia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de la Habana ene.-abr. 2001; 27 (1). Disponible en www.scielo.org.
17. Williams, *Obstetricia*, 21 ed, 2002, Panamericana, Madrid, España, pag 463 – 485
18. Alfirevic Z, Devane D, Gyte G. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

19. Lien J, Towers C, Guillian E. Term early onset neonatal seizures: obstetric characteristics, etiologic classifications and perinatal care. *Obstet Gynecol.* 1995 Feb;85 (2): 163 – 169 Disponible en www.pubmed.gov
20. Sánchez, Salamea. Criterios para la realización de cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca, 2002. Tesis previa a la obtención de título de Doctor en Medicina y Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, 2003.
21. Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
22. Althabe F, Belizán y Cols. Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo. For the Latin American Caesarean Section Study Group. *Lancet* 2004; 363: 1934-40 En: *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Santiago 2004; 69 (4). Disponible en www.scielo.org
23. Vera C, Correa R, Neira J, Rioseco A, Poblete A. Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2004; 69(3): 219-226. Disponible en www.scielo.org
24. Salinas H, Carmona S, y Cols. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. Santiago 2004; 69(1): 8-13. Disponible en www.scielo.org
25. Lee Santos I, Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel *Rev Med IMSS* 2004; 42 (3): 199-204. Disponible en www.scielo.org.
26. Shipp T. Prueba de trabajo de parto con cesárea previa. *Clínicas de Obstetricia y Ginecología*. 2002; 2: 349-360. Mc Graw Hill, México DF, México
27. Romero A, Arce R, Lind S, Bazán C. Prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de cesárea previa. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina*. Febrero 2004; 135: 12-16. Disponible en www.scielo.org.
28. Leite Frade Jacqueline. Estudo Retrospectivo da Prova de Trabalho de Parto na Viabilização do Parto Vaginal em Gestantes com uma Cesárea Anterior. Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Área de Concentração em Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, para a obtenção do título de Mestre, em 9 de junho de 2000. Disponible en www.scielo.org.
29. Vergara R, Acosta M. Experiencias en el parto vaginal postcesárea en un hospital haitiano. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. Ciudad de la Habana, ene.-abr 2003; 29 (1). Disponible en www.scielo.org.
30. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
31. Hemminki E. Impact of Caesarean section on future pregnancy: a review of cohort studies. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 1996; 10 (4):366-379. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
32. Eden K, Hashima J. Childbirth preferences after cesarean birth: a review of the evidence. *Birth* 2004 Mar;31 (1): 49 – 60. Disponible en www.pubmed.gov
33. Ortiz Lee C, de Marcos N. ¿Estamos preparados para enfrentar el parto vaginal posterior a cesárea?. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Ciudad de la Habana, mayo-ago. 1998; 24 (2). Disponible en www.scielo.org.
34. Carlin a, Alfievic Z. Intrapartum fetal emergencies. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006 Jun;11 (3): 150 – 157 Disponible en www.pubmed.gov



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

35. Glantz JC, McNanley T. Active management of labor: a meta-analysis of Cesarean delivery rates for dystocia in nulliparas. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1997; 52 (8): 497-505. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
36. Hannah M. Hofmeyr G, Planned caesarean section for term breech delivery. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
37. Ortiz Lee C, de Marcos N, Pérez J, Moya B, Pérez J. Complicaciones del parto vaginal en pelviana versus cesárea. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de la Habana, mayo-ago. 1998; 24 (2). Disponible en www.scielo.org
38. Neilson JP. Intervenciones para la sospecha de placenta previa (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
39. Alexander J. Riesgo de muerte fetal y neonatal de los partos múltiples. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*, 2005; 32 (1): 1 – 16. McGraw Hill, México DF, México.
40. Houlihan A. Tratamiento intraparto de gestaciones múltiples. *Clínicas de Perinatología*, 1997; 1: . McGraw Hill, México DF, México
41. Hogle K L, Hutton E, McBrien K, Barrett J, Hannah M. Cesarean delivery for twins: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 188 (1) :220-227. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
42. Rodríguez A, Córdova A, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de la Habana sep.-dic. 2004; 30 (3). Disponible en www.scielo.org.
43. Caraballo S, García Y, Nuñez A. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, Mayo-ago. 2001; 53 (2): 106 – 110. Disponible en www.scielo.org.
44. Minkoff H, Emerwenk F. Primary elective cesarean delivery. *New England Journal of Medicine* 2003; 348 (10): 0946-7. Disponible en www.nejm.com
45. Kolatat T, Somboonnanonda A, Lertakyamanee J, Chinachot T, Tritrakarn T, Muangkasem J. Effects of general and regional anesthesia on the neonate (a prospective, randomized trial). *Journal of the Medical Association of Thailand*, Jan 1999; 82 (1): 40-45. Disponible en www.cochrane.bvsalud.org
46. De Canales H, De Alvarado L, Pineda B. Metodología de la investigación. Serie PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 2 Ed, 1994, Washington DC, Estados Unidos.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

ANEXOS

Anexo I. Formulario utilizado en la recolección de datos

A	B	C	D	E	F	G

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL
“CLASIFICACIÓN EN 10 GRUPOS CLÍNICOS PARA EL ESTUDIO DE LA FRECUENCIA Y CAUSAS DE
OPERACIÓN CESÁREA EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO EN EL PERÍODO ENERO – JUNIO DEL 2007”

FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS N°

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

COD SIP:

FECHA PARTO:

A) PARIDAD:		E) EDAD GESTACIONAL	
1	- NULÍPARA	1	- TÉRMINO
2	- MULTÍPARA	2	- PRETERMINO
B) ANTECEDENTE DE CESÁREA (S)		F) INICIO DE LABOR	
1	- SI	1	- ESPONTÁNEO
2	- NO	2	- INDUCIDO
3	- NO CORRESPONDE	3	- SIN LABOR
C) NUMERO DE FETOS		G) FIN DEL EMBARAZO	
1	- ÚNICO	1	- PARTO VAGINAL ESPONTÁNEO
2	- MÚLTIPLE	2	- CESÁREA
D) PRESENTACIÓN		3	- OTROS
		H) EN CASO DE CESÁREA	
1	- CEFÁLICA	INDICACIÓN	
2	- PELVIANA		
3	- SITUACIÓN DISTÓCICA		

OBSERVACIONES _____



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

Anexo II . Matriz del subprograma “Clasificador”

INICIO																					
ABRIR BASE DE DATOS																					
DEFINIR GRUPO																					
Paridad = "nulipara"																					
Si						No															
Fetos = "único"					Antecedente de cesárea = "si"																
Si					No	Si					No										
Presentación = "cefálica"				No	Fetos = "único"					Fetos = "único"											
Si				No	Si					No											
E .G. = "término"				Presentación = "pelviana"	Presentación = "cefálica"					Presentación = "cefálica"											
Si				No	Si					No	Si				No						
Labor = "espontaneo"			No		Si	No		E G = "término"			Presentación = "pelviana"		E G = "término"			Presentación = "pelviana"					
Si		No			Si	No		Si		No		Si		No	Si		No				
												Labor = "espontaneo"		No		Si		No			
Si		No						Si		No		Si		No	Si		No				
												Si		No							
Grupo = 1		Grupo = 2	Grupo = 10		Grupo = 6	Grupo = 9	Grupo = 8	Grupo = 5		Grupo = 10	Grupo = 7	Grupo = 9	Grupo = 8		Grupo = 3	Grupo = 4	Grupo = 10		Grupo = 7	Grupo = 9	Grupo = 8
FIN																					

Autor: Cristian Matute G.

Cristian Paúl Matute G.

Patricio Hernán Moyolema Ch.



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

ANEXO III. TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCION DE 1000 PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 POR LA FORMA DE TERMINACION DE SU EMBARAZO, CUENCA, 2007.

TIPO	FRECUENCIA	%
Parto vaginal	728	72.8
Cesárea	272	27.2
TOTAL	1000	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 3. DISTRIBUCION DE 1000 PACIENTES OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 SEGÚN LA FORMA DE TERMINACION DE SU EMBARAZO EN CADA UNO DE LOS 10 GRUPOS CLINICOS PROPUESTOS, CUENCA, 2007.

GRUPO	PARTO VAGINAL		CESÁREA		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Grupo 1	275	77.2	81	22.8	356	100
Grupo 2	0	0	5	100	5	100
Grupo 3	396	94.1	25	5.9	421	100
Grupo 4	0	0	5	100	5	100
Grupo 5	15	12.4	106	87.6	121	100
Grupo 6	1	9.1	10	90.9	11	100
Grupo 7	1	8.3	11	91.7	12	100
Grupo 8	2	28.6	5	71.4	7	100
Grupo 9	0	0	8	100	8	100
Grupo 10	38	70.4	16	29.6	54	100
TOTAL	728		272		1000	

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

TABLA 4. DISTRIBUCION DE 272 PACIENTES OBSTETRICAS SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN EN 10 GRUPOS CLINICOS Y LA CONTRIBUCION DE CADA UNO DE ELLOS A LA TASA GLOBAL DE CESÁREA, CUENCA, 2007.

GRUPO	CESAREA	
	FRECUENCIA	%
Grupo 1	81	29.8
Grupo 2	5	1.8
Grupo 3	25	9.2
Grupo 4	5	1.8
Grupo 5	106	39
Grupo 6	10	3.7
Grupo 7	11	4
Grupo 8	5	1.8
Grupo 9	8	2.9
Grupo 10	16	5.9
TOTAL	272	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 1 (NULÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Desproporción céfalo pélvica	48	59
Sufrimiento fetal agudo	21	26
Condilomatosis genital	2	3
Posición posterior persistente	2	3
Presentación de cara	2	3
Trabajo de parto detenido	2	3
Trastornos hipertensivos del embarazo	2	3
Trastornos hemorrágicos del tercer trimestre	1	1
Procidencia de cordón	1	1
TOTAL	81	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 2 (NULÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO INDUCIDO O CESÁREA ANTES DE TRABAJO DE PARTO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Trastornos hipertensivos del embarazo	3	60
Cardiopatía materna	1	20
Presentación de cara	1	20
TOTAL	5	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 3 (MULTÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO, SIN ANTECEDENTE DE CESÁREA) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Desproporción céfalo pélvica	10	40
Sufrimiento fetal agudo	8	32
Miomatosis uterina	2	8
Posición posterior persistente	1	4
Hiperdinamia uterina	1	4
Condilomatosis genital	1	4
Trastornos hipertensivos del embarazo	1	4
Trabajo de parto detenido	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 4 (MULTÍPARAS, PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO, TRABAJO DE PARTO INDUCIDO O CESÁREA ANTES DE TRABAJO DE PARTO, SIN ANTECEDENTE DE CESÁREA) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Trastornos hemorrágicos del tercer trimestre	2	40
Condilomatosis genital	1	20
Prevención infección vertical HIV	1	20
Enfermedad aneurismática	1	20
TOTAL	5	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 5 (CESÁREA(S) PREVIA(S), PRODUCTO ÚNICO, EN CEFÁLICA, A TÉRMINO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Cesárea anterior	102	97
Trastornos hemorrágicos del tercer trimestre	3	3
TOTAL	105	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 6 (NULÍPARAS, EN PELVIANA) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Presentación pelviana	10	100
TOTAL	10	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores



Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 7 (MÚLTIPARAS, EN PELVIANA, INCLUYE PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Presentación pelviana	11	100
TOTAL	11	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 8 (EMBARAZOS MÚLTIPLES, INCLUYE PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Embarazo múltiple	5	100
TOTAL	5	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 9 (PRESENTACIONES DISTÓCICAS, INCLUYE PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007.

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Situación transversa	8	100
TOTAL	8	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO DEL 2007 PERTENECIENTES AL GRUPO 10 (PRODUCTO ÚNICO, EN PRESENTACIÓN CEFÁLICA, DE PRETÉRMINO) SEGÚN LAS INDICACIONES O CAUSAS DE DICHAS INTERVENCIONES, CUENCA, 2007

CAUSA O INDICACION DE CESÁREA	FRECUENCIA	%
Cesárea anterior	5	30%
Ruptura prematura de membranas	4	25
Trastornos hipertensivos del embarazo	3	19
Condilomatosis genital	2	13
Trabajo de parto detenido	1	6
Trastornos hemorrágicos del tercer trimestre	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Base de datos Elaboración: Los autores